Spedizione in abbonamento postale
Legge 662/96, art. 2, comma 20/c - Filiale di Padova
In caso di mancato recapito inviare
al detentore del conto, per la restituzione al mittente
che si impegna a pagare la relativa tariffa



I° Supplemento straordinario al Bollettino Ufficiale n. 20
del 17 maggio 2000

S.S. N. 4

BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA
REGIONE AUTONOMA FRIULI-VENEZIA GIULIA

TRIESTE, 19 maggio 2000 L. 2.500 - Euro 1,29

DIREZIONE E REDAZIONE: PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - TRIESTE - PIAZZA UNITÀ D'ITALIA, 1 - TEL. 3773607

AMMINISTRAZIONE: SERVIZIO DEL PROVVEDITORATO - TRIESTE - VIA CARDUCCI, 6 - TEL. 3772037

Il «Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia» si pubblica di regola il mercoledì; nel caso di festività la pubblicazione avviene il primo giorno feriale successivo. La suddivisione in parti, l'individuazione degli atti oggetto di pubblicazione, le modalità ed i termini delle richieste di inserzione e delle relative pubblicazioni sono contenuti nelle norme regolamentari emanate con decreto del Presidente della Giunta 8 febbraio 1982, n. 043/Pres., pubblicato in B.U.R. 17 marzo 1982, n. 26, modificato con D.P.G.R. 7 ottobre 1991, n. 0494/Pres., pubblicato in B.U.R. 10 marzo 1992, n. 33 e con D.P.G.R. 23 dicembre 1991, n. 0627/Pres., pubblicato in B.U.R. n. 50 del 22 aprile 1992. Per quanto in esse non previsto si applicano le norme statali o regionali in materia di pubblicità degli atti.

La versione integrale dei testi contenuti nel Bollettino Ufficiale è consultabile gratuitamente, a partire dal Bollettino Ufficiale della Regione n. 11 del 17 marzo 1999, sul seguente sito Internet della Regione autonoma Friuli-Venezia Giulia:

http://www.regione.fvg.it

L'archivio relativo ai numeri dall'aprile 1998 al marzo 1999 propone il sommario delle singole parti di cui è composto il Bollettino stesso e relativi supplementi.
La riproduzione del Bollettino sul sito Internet ha carattere meramente informativo ed è, pertanto, priva di valore giuridico.

SOMMARIO

PARTE PRIMA

LEGGI, REGOLAMENTI E ATTI DELLA REGIONE

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA 31 marzo 2000, n. 0105/Pres.

Regolamento per l'amministrazione del patrimonio e la contabilità degli Enti ed organismi funzionali della Regione. Approvazione.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

VISTO il D.P.G.R. 12 settembre 1986, n. 0417/Pres., avente ad oggetto: «Regolamento per l'amministrazione del patrimonio e la contabilità degli enti ed organismi funzionali della Regione»;

VISTO l'articolo 47, comma 2, della legge regionale 22 marzo 1999, n. 7: «Nuove norme in materia di bilancio e di contabilità regionale e modifiche alla legge regionale 1 marzo 1988, n. 7», che stabilisce tra l'altro che in materia di amministrazione del patrimonio e di contabilità degli enti funzionali della Regione, venga emanato un nuovo regolamento, con decreto del Presidente

della Giunta regionale, su conforme deliberazione della Giunta stessa, al fine di dotare i medesimi enti di disposizioni omogenee a quelle vigenti per l'Amministrazione regionale;

VISTO l'articolo 16, comma 33, della legge regionale 13 settembre 1999, n. 25: «Assestamento del bilancio 1999 e del bilancio pluriennale 1999-2001 ai sensi dell'articolo 10, della legge regionale 20 gennaio 1982, n. 10», che modifica l'articolo 47, comma 3, della citata legge regionale n. 7/1999 e prevede per gli Enti funzionali della Regione l'entrata in vigore dei nuovi meccanismi di bilancio a decorrere dall'esercizio 2001;

VISTO l'articolo 199, della legge regionale 1 marzo 1988, n. 7 e successive modificazioni ed integrazioni, che individua gli enti funzionali della Regione;

VISTA la legge regionale 17 dicembre 1990, n. 55, che istituisce gli Enti regionali per il diritto allo studio universitario di Trieste e Udine ed in particolare l'articolo 14;

VISTA la legge regionale 18 marzo 1991, n. 10, che istituisce le Aziende di promozione turistica ed in particolare l'articolo 13;

VISTA la legge regionale 30 settembre 1996, n. 42, che disciplina gli Enti Parco ed in particolare l'articolo 25;

VISTA la legge regionale 27 marzo 1996, n. 18 e successive modificazioni ed integrazioni;

CONSIDERATA pertanto la necessità di recepire i principi sanciti nella nuova legge di contabilità regionale nell'emanazione del nuovo regolamento, in esecuzione delle disposizioni contenute nel citato articolo 47, della legge regionale n. 7/1999, riguardo a:

a) applicazione del principio di separazione tra i compiti di direzione politica e quelli di direzione amministrativa;
b) riforma del bilancio di previsione degli enti in accordo ai principi di cui agli articoli da 7 a 11, della legge regionale n. 7/1999;
c) applicazione dei principi di cui agli articoli da 36 a 41, della legge regionale n. 7/1999;
d) introduzione del bilancio pluriennale, con la medesima estensione temporale prevista per il bilancio pluriennale regionale;
e) introduzione di una disciplina conforme ai principi previsti all'articolo 17, della legge regionale n. 7/1999;
f) previsione della possibilità di assumere impegni estesi a più esercizi, nelle stesse fattispecie previste per l'Amministrazione regionale dall'articolo 29, della legge regionale n. 7/1999.

SENTITO il Comitato dipartimentale per gli affari istituzionali che nella seduta del 16 marzo 2000 ha espresso parere favorevole sul testo regolamentare predisposto dalla Ragioneria generale;

VISTO l'articolo 42 dello Statuto regionale di autonomia;

SU CONFORME deliberazione della Giunta regionale n. 598 del 16 marzo 2000;

DECRETA

1) È approvato il Regolamento per l'amministrazione del patrimonio e la contabilità degli Enti ed organismi funzionali della Regione, nel testo allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale.

2) Il suddetto Regolamento entrerà in vigore il primo giorno del secondo mese successivo a quello della pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione, fermo restando che le disposizioni relative alle materie indicate all'articolo 84 del Regolamento stesso troveranno applicazione a decorrere dal bilancio pluriennale di previsione per gli anni 2001-2003 e dal bilancio per l'anno 2001.

È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e farlo osservare come Regolamento della Regione.

Il presente decreto sarà inviato alla Corte dei Conti per la registrazione e verrà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione.

Trieste, lì 31 marzo 2000

ANTONIONE

Registrato alla Corte dei conti, Trieste, addì 8 maggio 2000
Atti della Regione Friuli-Venezia Giulia, Registro 1, foglio 153

REGOLAMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE DEL PATRIMONIO E LA CONTABILITÀ DEGLI ENTI ED ORGANISMI FUNZIONALI DELLA REGIONE

SOMMARIO

Articolo 1

(Finalità)

1. Il presente Regolamento, in esecuzione delle disposizioni contenute all'articolo 47 della legge regionale 16 aprile 1999, n. 7, e successive modificazioni ed integrazioni, disciplina l'amministrazione del patrimonio e la contabilità degli Enti ed organismi funzionali della Regione.

Articolo 2

(Ambito di applicazione)

1. Le disposizioni del presente Regolamento si applicano nei confronti degli Enti regionali individuati dall'articolo 199 della legge regionale 1 marzo 1988, n. 7, e successive modificazioni ed integrazioni, nei confronti degli Enti regionali per il diritto allo studio universitario di Trieste e Udine, istituiti con legge regionale 17 dicembre 1990, n. 55, delle Aziende di promozione turistica, istituite con legge regionale 18 marzo 1991, n. 10, nonché degli Enti Parco, istituiti ai sensi della legge regionale 30 settembre 1996, n. 42.

Articolo 3

(Definizioni)

1. Ai fini del presente Regolamento si intende:

a) per Consiglio di Amministrazione: il Consiglio di Amministrazione, il Comitato programmatico e di verifica dei risultati gestionali e il Consiglio direttivo dell'Ente;

b) per Collegio dei Revisori: il Collegio dei Revisori dei Conti, il Collegio Sindacale e il Collegio dei Sindaci;

c) per documento tecnico: il documento tecnico di accompagnamento del bilancio di previsione;

d) per unità previsionale: l'unità previsionale di base.

TITOLO I
GESTIONE FINANZIARIA

CAPO I
BILANCIO DI PREVISIONE

Articolo 4

(Esercizio finanziario e bilancio di previsione)

1. L'esercizio finanziario ha la durata di un anno e coincide con l'anno solare.

2. La gestione finanziaria si svolge in base al bilancio annuale e pluriennale di previsione deliberato dal Consiglio di Amministrazione non oltre il 31 ottobre, salvo che la legge istitutiva disponga diversamente.

Articolo 5

(Bilancio pluriennale di previsione)

1. Il bilancio pluriennale, della durata di un triennio, costituisce il quadro delle risorse che si prevede di acquisire e di impiegare in ciascuno dei relativi esercizi in base alla legislazione vigente.

2. Ogni anno, contestualmente al bilancio annuale di previsione, il Consiglio di Amministrazione, entro il termine previsto dal comma 2 dell'articolo 4, presenta l'aggiornamento del bilancio pluriennale, ricostituendone la medesima estensione triennale.

Articolo 6

(Bilancio annuale di previsione)

1. Le previsioni del bilancio annuale sono formulate in termini di competenza ed in termini di cassa.

2. Il bilancio di previsione annuale è costituito:

a) dagli stati di previsione dell'entrata, secondo la classificazione di cui all'articolo 8;

b) dagli stati di previsione della spesa, secondo la classificazione di cui all'articolo 9;

c) dal quadro generale riassuntivo che riporta i totali delle entrate per titoli e delle spese per titoli e per funzioni-obiettivo.

3. Tutte le entrate e tutte le spese debbono essere iscritte in bilancio nel loro importo integrale, senza alcuna riduzione per effetto di correlative spese o entrate.

4. Il bilancio di previsione è redatto secondo lo schema di cui all'allegato A).

5. Le gestioni fuori bilancio possono sussistere solo se autorizzate da specifiche disposizioni di legge, in conformità ai principi previsti dall'articolo 15 della legge regionale 16 aprile 1999, n. 7 e successive modificazioni ed integrazioni.

Articolo 7

(Caratteristiche del bilancio)

1. L'unità previsionale di base costituisce l'unità fondamentale di bilancio.

2. Per ciascuna unità previsionale di entrata e di spesa il bilancio di previsione indica:

a) l'ammontare presunto dei residui attivi e passivi alla chiusura dell'esercizio precedente a quello cui il bilancio si riferisce;

b) l'ammontare delle entrate che si prevede di accertare e delle spese che si prevede di impegnare nell'esercizio cui il bilancio si riferisce;

c) l'ammontare delle entrate che si prevede di incassare e delle spese che si prevede di pagare nell'esercizio cui il bilancio si riferisce, senza distinzioni tra operazioni in conto competenza ed in conto residui.

3. Tra le entrate di cui alla lettera c) è iscritto come prima posta del bilancio di cassa l'ammontare presunto del fondo di cassa all'inizio dell'esercizio cui il bilancio si riferisce.

4. Gli stanziamenti di spesa sono iscritti in bilancio in relazione a programmi definiti ed alle concrete capacità operative dell'Ente nel periodo di riferimento.

Articolo 8

(Classificazione delle entrate)

1. Nel bilancio le entrate sono distinte in entrate effettive e entrate per partite di giro.

2. Le entrate effettive sono ripartite in:

a) titoli;

b) categorie, secondo la natura dei cespiti;

c) unità previsionali di base ai fini dell'accertamento dei cespiti.

3. I titoli sono:

Titolo I - Entrate derivanti da trasferimenti correnti;

Titolo II - Entrate diverse;

Titolo III - Entrate per alienazione di beni patrimoniali e riscossione di crediti;

Titolo IV - Entrate derivanti da trasferimenti attivi in conto capitale;

Titolo V - Entrate derivanti da accensione di prestiti.

4. Le entrate sono riepilogate in riassunti per titoli e categorie.

Articolo 9

(Classificazione delle spese)

1. Nel bilancio le spese sono distinte in spese effettive e spese per partite di giro.

2. Le spese effettive sono ripartite in:

a) funzioni-obiettivo, individuate con riguardo all'esigenza di definire gli obiettivi da perseguire per la realizzazione del programma di attività dell'Ente e di misurare il prodotto dell'attività amministrativa, ove possibile, anche in termini di servizi resi ai cittadini;

b) titoli, a seconda che le spese siano di natura corrente, d'investimento, o riguardino il rimborso di mutui e prestiti;

c) unità previsionali di base, stabilite in modo che a ciascuna unità corrisponda un unico centro di responsabilità amministrativa, cui è affidata la relativa gestione, tenendo distinte, secondo l'analisi economica, le spese dirette dai trasferimenti.

3. Le spese sono riepilogate in riassunti per funzioni-obiettivo e titoli.

Articolo 10

(Partite di giro)

1. Le partite di giro comprendono le entrate e le spese che si effettuano per conto di terzi e che, perciò, costituiscono al tempo stesso un debito ed un credito per l'Ente, nonché le somme somministrate al cassiere ed ai funzionari delegati e da questi rendicontate o rimborsate.

2. Tra le partite di giro sono, altresì, comprese le unità previsionali di entrata e di spesa necessarie al fine di contabilizzare le operazioni di deposito e di prelevamento di somme nella contabilità speciale della Sezione di Tesoreria provinciale dello Stato, prevista dalle disposizioni vigenti.

Articolo 11

(Rappresentazione del bilancio)

1. La proposta di deliberazione del bilancio di competenza per l'esercizio ed il triennio successivo mette a confronto gli stanziamenti proposti con quelli dell'esercizio in corso e del relativo triennio.

Articolo 12

(Allegati al bilancio di previsione annuale e pluriennale)

1. Costituiscono allegati al bilancio di previsione:

a) il documento tecnico di accompagnamento e specificazione, recante la disaggregazione delle unità previsionali di base degli stati di previsione dell'entrata e della spesa in uno o più capitoli ai fini della gestione e della predisposizione del rendiconto generale di cui al Capo VIII del presente Titolo;

b) il programma di attività dell'Ente;

c) la relazione del Collegio dei Revisori, contenente, tra l'altro, valutazioni in ordine all'attendibilità delle entrate ed alla congruità delle spese;

d) la relazione del Presidente, nella quale sono evidenziati tra l'altro i prevedibili flussi di entrata e di spesa per gli anni considerati nel bilancio pluriennale con particolare riferimento a quelli provenienti dalla Regione;

e) la pianta organica del personale, comprendente la consistenza numerica del personale in servizio;

f) eventuali elaborati contabili e statistici atti a conferire maggiore chiarezza alle poste del bilancio;

g) la tabella dimostrativa dell'avanzo o disavanzo di amministrazione, nella quale sono indicati i singoli stanziamenti di spesa correlativi all'utilizzazione del presunto avanzo di amministrazione, secondo lo schema di cui all'allegato B).

Articolo 13

(Documento tecnico)

1. Il documento tecnico costituisce la sede di riscontro per la specifica imputazione delle previsioni di entrata e di spesa disposte anche con i provvedimenti amministrativi di variazione adottati in corso d'esercizio, ai sensi del Capo II del presente Titolo.

2. Il capitolo costituisce l'unità elementare del documento tecnico ai fini della gestione e della rendicontazione rispettivamente dell'entrata e della spesa.

3. I capitoli sono classificati in relazione ai contenuti economici e funzionali e definiti secondo il rispettivo oggetto, con evidenza delle relative disposizioni legislative di riferimento.

4. I capitoli di entrata e di spesa sono ordinati in relazione alle norme vigenti in materia di funzioni e responsabilità dei dirigenti, secondo la ripartizione amministrativa interna delle competenze all'accertamento delle entrate ed alla gestione della spesa.

5. Nel documento tecnico gli stanziamenti di spesa relativi alle assegnazioni di fondi con destinazione vincolata da parte della Regione, dello Stato, e di altri soggetti pubblici e privati vengono iscritti in appositi capitoli.

6. Il documento tecnico è corredato da un prospetto nel quale sono messe a raffronto le entrate, distinte per unità previsionali di base e capitoli, derivanti da assegnazioni di fondi con destinazione vincolata, con l'indicazione della rispettiva destinazione specifica, risultante dalla legge o dai provvedimenti di assegnazione o di riparto, e le spese, distinte anch'esse per unità previsionali di base e capitoli, aventi le destinazioni di cui alle assegnazioni predette.

7. In appositi elenchi annessi al documento tecnico sono riportati i capitoli relativi alle spese obbligatorie e d'ordine.

8. Ciascuna unità previsionale di base e, nell'ambito di questa, ciascun capitolo di entrata e di spesa sono contraddistinti da un numero di codice meccanografico.

Articolo 14

(Avanzo o disavanzo di amministrazione)

1. Nel bilancio di previsione è iscritto come prima posta dell'entrata e della spesa, rispettivamente, l'avanzo o il disavanzo di amministrazione presunto al 31 dicembre dell'esercizio precedente a quello cui il preventivo si riferisce.

2. Del presunto avanzo di amministrazione l'Ente non può disporre se non quando sia dimostrata l'effettiva disponibilità del medesimo ed a misura che l'avanzo stesso venga realizzato, in riferimento ai singoli stanziamenti di spesa indicati nella tabella dimostrativa di cui all'articolo 12, comma 1, lettera g).

3. Del presunto disavanzo di amministrazione risultante dalla tabella di cui all'articolo 12, comma 1, lettera g), deve tenersi obbligatoriamente conto all'atto della formulazione delle previsioni di esercizio, al fine del relativo assorbimento, ed il Consiglio di Amministrazione deve nella deliberazione del bilancio preventivo illustrare i criteri adottati per pervenire a tale assorbimento.

4. Nel caso di maggiore accertamento, in sede consuntiva, del disavanzo di amministrazione, in confronto di quello presunto, il Consiglio di Amministrazione deve deliberare i necessari provvedimenti atti ad eliminare gli effetti di detto scostamento.

Articolo 15

(Esercizio provvisorio)

1. Quando l'approvazione del bilancio di previsione non intervenga prima dell'inizio dell'esercizio cui lo stesso si riferisce, il Consiglio di Amministrazione autorizza, con apposita delibera, la gestione provvisoria del bilancio medesimo limitatamente, per ogni mese, ad un dodicesimo della spesa prevista per ciascun capitolo del bilancio dell'esercizio precedente, ovvero nei limiti della maggiore spesa necessaria, ove si tratti di spese obbligatorie tassativamente regolate dalla legge e non suscettibili di impegno o di pagamento frazionabili in dodicesimi.

Articolo 16

(Gestione provvisoria)

1. Qualora il bilancio di previsione sia stato regolarmente approvato dal Consiglio di Amministrazione con delibera non ancora esecutiva, essendo pendenti gli adempimenti relativi al controllo esterno preventivo di legittimità, la Giunta regionale su proposta dell'Assessore competente autorizza la gestione, in via provvisoria, del bilancio medesimo, per ogni mese di pendenza del procedimento, limitatamente ad un dodicesimo della spesa prevista per ciascun capitolo, ovvero nei limiti della maggiore spesa necessaria ove si tratti di spese obbligatorie tassativamente regolate dalla legge e non suscettibili di impegno o di pagamento frazionabili in dodicesimi.

CAPO II

VARIAZIONI AL BILANCIO

Articolo 17

(Fondi di riserva)

1. Nello stato di previsione della spesa sono iscritti in apposite unità previsionali di base un fondo di riserva di cassa e un fondo di riserva per le spese obbligatorie e d'ordine.

2. L'ammontare del fondo di riserva per le spese obbligatorie e d'ordine non può superare il cinque per cento del totale delle spese correnti previste.

Articolo 18

(Prelevamenti dal fondo di riserva di cassa)

1. Nei casi d'urgenza, il Presidente provvede a disporre, con proprio provvedimento da sottoporre a ratifica del Consiglio di Amministrazione nella seduta immediatamente successiva, i prelevamenti di cassa dal fondo di riserva e la loro iscrizione nelle apposite unità previsionali di base sui capitoli relativi alle spese.

Articolo 19

(Prelevamenti dal fondo delle spese obbligatorie e d'ordine)

1. Nei casi d'urgenza, il Presidente provvede a disporre, con proprio provvedimento da sottoporre a ratifica del Consiglio di Amministrazione nella seduta immediatamente successiva, il prelevamento di somme dal fondo di riserva per le spese obbligatorie e d'ordine e la loro iscrizione nelle apposite unità previsionali di base del bilancio sui capitoli inclusi negli elenchi delle spese obbligatorie e d'ordine annessi al documento tecnico allegato al bilancio.

Articolo 20

(Variazioni e storni al bilancio di previsione)

1. Le variazioni al bilancio di previsione di competenza e di cassa, comprese quelle per l'utilizzo dei fondi di riserva, fermo restando quanto previsto dagli articoli 18, 19, 21, comma 2, e 51, sono deliberate nei modi e con le procedure previste per il bilancio di previsione, salva diversa disposizione di legge.

2. Sono vietati gli storni nella gestione dei residui, nonché tra gestione dei residui e quella di competenza o viceversa.

3. Durante l'ultimo mese dell'esercizio finanziario non possono essere adottati provvedimenti di variazione al bilancio, salvo casi eccezionali da motivare.

Articolo 21

(Stanziamenti di spese non impegnate alla fine dell'esercizio)

1. Le quote degli stanziamenti delle spese correnti, non impegnate alla chiusura dell'esercizio finanziario, costituiscono economia di bilancio.

2. Le quote degli stanziamenti delle spese in conto capitale, non impegnate alla chiusura dell'esercizio finanziario, sono trasferite, con provvedimento del Presidente, previo parere del Collegio dei Revisori, nelle appropriate unità previsionali di base del bilancio sui corrispondenti capitoli del documento tecnico allegato al bilancio dell'esercizio successivo. Le quote trasferite, non impegnate ai sensi dell'articolo 26, entro l'esercizio successivo a quello in cui fu iscritto lo stanziamento, costituiscono economia di bilancio.

3. Alle quote non utilizzate del fondo di riserva per le spese obbligatorie e d'ordine si applicano le disposizioni di cui al comma 2.

4. Le quote non impegnate degli stanziamenti di spesa relativi alle assegnazioni di fondi con destinazione vincolata da parte della Regione, dello Stato e di altri soggetti pubblici e privati possono essere trasferite, con deliberazione del Consiglio di Amministrazione, previo parere del Collegio dei Revisori, agli esercizi successivi sino a che permanga l'esigenza della spesa e avuto comunque riguardo ai vincoli e ai limiti temporali di utilizzo imposti in relazione all'attuazione dei programmi e dei progetti.

5. Le somme via via trasferite oltre l'esercizio successivo a quello di iscrizione in bilancio si considerano provenienti dall'esercizio precedente a quello in cui le somme stesse vanno trasferite.

Articolo 22

(Variazioni al documento tecnico)

1. Il Direttore, nell'ambito delle proprie attribuzioni in materia di gestione ed allocazione delle risorse, può proporre al Presidente, in relazione alle specifiche effettive occorrenze finanziarie e qualora sia necessario per ottimizzare la spesa avuto riguardo alle risorse disponibili, storni di fondi all'interno della medesima unità previsionale di base, limitatamente agli stanziamenti di competenza dell'esercizio in corso, ivi comprese le somme trasferite ai sensi dell'articolo 21.

2. Le variazioni sono adottate con apposito provvedimento dal Presidente, su conforme parere del Collegio dei Revisori e sono immediatamente esecutive.

3. La disposizione di cui al comma 2 non si applica per le spese di natura obbligatoria e per le spese d'ordine.

4. La disposizione di cui al comma 2 trova applicazione in caso di assegnazioni a destinazione vincolata qualora il soggetto che ha disposto l'assegnazione dei fondi disponga una diversa allocazione delle risorse che non determini la necessità di variazione tra diverse unità previsionali di base. A tali variazioni devono essere allegate l'aggiornamento del prospetto previsto dall'articolo 13, comma 6, e la documentazione che ne giustifica l'adozione.

5. Le variazioni al documento tecnico di cui ai commi 1 e 4 devono essere comunicate all'Amministrazione regionale entro quindici giorni dall'adozione con la relativa documentazione allegata.

CAPO III

ENTRATE

Articolo 23

(Accertamento delle entrate)

1. L'entrata è accertata quando l'Ente, appurata la ragione del suo credito e la persona debitrice, iscrive come competenza dell'esercizio finanziario l'ammontare del credito che viene a scadenza nell'anno.

2. Quando trattasi di entrata la cui acquisizione è sottoposta a oneri o condizioni, è necessario che l'accertamento sia preceduto da apposita determinazione dell'organo competente.

3. L'accertamento di entrate dà luogo ad annotazione nelle scritture, con imputazione al competente capitolo di bilancio nella relativa unità previsionale di base.

4. A tal fine la relativa documentazione è comunicata al responsabile del controllo interno di ragioneria, anche ai fini degli adempimenti di cui all'articolo 36, comma 4.

5. Le entrate accertate e non riscosse costituiscono residui attivi, i quali sono compresi tra le attività del conto patrimoniale.

Articolo 24

(Riscossione delle entrate)

1. Le entrate sono introitate dalla banca che ai sensi dell'articolo 42 gestisce il servizio di tesoreria o di cassa, mediante ordinativi di incasso.

2. Le entrate introitate tramite il servizio dei conti correnti postali devono affluire alla banca di cui al comma 1.

3. Il Tesoriere non può ricusare l'esazione di somme che vengono versate in favore dell'Ente ancorché senza la preventiva emissione di ordinativi d'incasso, salvo richiedere subito la regolarizzazione contabile.

4. Le eventuali somme pervenute direttamente all'Ente sono annotate nel registro di cassa di cui all'articolo 46 e versate al Tesoriere entro il terzo giorno dal loro arrivo, previa emissione di ordinativi d'incasso.

5. È vietato disporre pagamenti di spese con i fondi dei conti correnti postali ovvero con quelli pervenuti direttamente all'Ente.

6. L'ordinativo di incasso, sottoscritto dal responsabile della struttura direzionale competente o da un suo delegato, deve contenere almeno:

a) l'indicazione del debitore;

b) l'ammontare della somma da riscuotere;

c) il numero dell'avviso di incasso;

d) la causale;

e) gli eventuali vincoli di destinazione delle somme;

f) l'indicazione dell'unità previsionale di base e del capitolo cui è riferita l'entrata, distintamente per residui o competenza;

g) la codifica;

h) il numero progressivo;

i) l'esercizio finanziario e la data di emissione.

7. Gli ordinativi d'incasso non riscossi entro il termine dell'esercizio vengono restituiti dal Tesoriere o cassiere all'Ente per l'annullamento.

Articolo 25

(Gestione delle entrate)

1. I responsabili delle strutture direzionali che hanno gestione di entrate curano, nei limiti delle rispettive attribuzioni e sotto la personale loro responsabilità, che l'accertamento, la riscossione ed il versamento delle entrate siano fatti prontamente ed integralmente.

CAPO IV

SPESE

Articolo 26

(Fasi della spesa ed assunzioni di impegni)

1. La gestione delle spese segue le fasi dell'impegno, della liquidazione, dell'ordinazione e del pagamento.

2. Le spese sono impegnate dai responsabili delle strutture direzionali competenti, ovvero dal Direttore in caso di inerzia, assenza, impedimento o vacanza, qualora i medesimi non abbiano sostituti.

3. L'assunzione dell'impegno di spesa conseguente ad obbligazioni contrattuali avviene contestualmente all'approvazione dei contratti da parte dell'organo competente, salvo quanto disposto dal Capo II del Titolo III in relazione al sistema in economia.

4. Formano impegno sugli stanziamenti di competenza dell'esercizio le somme dovute dall'Ente in base a legge od a contratto o ad altro titolo a creditori determinati o determinabili, semprechè la relativa obbligazione venga a scadenza entro il termine dell'esercizio.

5. Gli impegni sono assunti nei limiti dei rispettivi stanziamenti di competenza del bilancio annuale, come specificati nel documento tecnico. Possono essere autorizzate la stipulazione di contratti o comunque l'assunzione di obbligazioni nei limiti dell'intero stanziamento di competenza del bilancio pluriennale nei casi di:

a) spese correnti, quando ciò sia indispensabile per assicurare la continuità dei servizi;

b) spese per affitti e altre continuative o ricorrenti, per le quali l'impegno può estendersi a più esercizi quando ciò rientri nella consuetudine o l'Ente ne riconosca la necessità o la convenienza;

c) spese di investimento.

6. Nel caso di obbligazioni assunte dall'Ente a norma del comma 5, formano impegni sugli stanziamenti di ciascun esercizio le sole quote che vengono a scadenza nel corso dell'esercizio medesimo.

7. Chiuso con il 31 dicembre l'esercizio finanziario, nessun impegno può essere assunto a carico del predetto esercizio. La differenza fra somme stanziate, somme impegnate ai sensi del comma 4 e quote trasferite ai sensi dell'articolo 21, costituisce economia di bilancio.

8. Le somme impegnate, ai sensi del comma 4, e non pagate entro il termine dell'esercizio costituiscono residui passivi, i quali sono compresi tra le passività del conto patrimoniale.

9. Il bilancio di previsione e il documento tecnico tengono conto nella determinazione, rispettivamente, degli stanziamenti delle unità previsionali di base e dei relativi capitoli, degli impegni assunti ai sensi dei commi 4 e 5.

Articolo 27

(Liquidazione della spesa)

1. La liquidazione della spesa, consistente nella determinazione dell'esatto importo dovuto e del soggetto creditore, è effettuata, salva diversa disposizione di legge, dai responsabili delle strutture direzionali competenti sulla base dei titoli e dei documenti giustificativi comprovanti il diritto dei creditori, previo accertamento dell'esistenza dell'impegno, nonché della regolarità della fornitura o della prestazione e della rispondenza della stessa ai requisiti, ai termini ed alle condizioni pattuite.

2. L'atto di liquidazione, sottoscritto dal responsabile della struttura direzionale competente di cui al comma 1, con tutti i relativi documenti giustificativi è trasmesso al responsabile del controllo interno di ragioneria per quanto di sua competenza ai sensi del Capo V del presente Titolo.

3. La liquidazione degli stipendi, dei salari, delle indennità e di ogni altra competenza fissa spettante al personale dipendente può essere effettuata mediante note di spesa fissa, collettive o individuali.

Articolo 28

(Ordinazione e pagamento della spesa)

1. Il pagamento delle spese è ordinato, entro i limiti delle previsioni di cassa, di norma mediante l'emissione di mandati di pagamento numerati in ordine progressivo per ogni esercizio finanziario, muniti del codice meccanografico dell'unità previsionale di base e del relativo capitolo di spesa, tratti sulla banca incaricata del servizio di tesoreria o di cassa.

2. I mandati di pagamento sono firmati dal responsabile della struttura direzionale competente o da un suo delegato.

3. I mandati devono inoltre riportare:

a) la data di emissione;

b) l'unità previsionale di base ed il relativo capitolo sui quali la spesa è allocata e la relativa disponibilità, distintamente per competenza, quota trasferita ai sensi dell'articolo 21, o residui;

c) l'indicazione del creditore e, se si tratta di persona diversa, del soggetto tenuto a rilasciare quietanza, nonché, ove richiesto, il relativo codice fiscale o la partita I.V.A.;

d) l'ammontare della somma dovuta e la scadenza, qualora sia prevista dalla legge o sia stata concordata con il creditore;

e) la causale e gli estremi dell'atto esecutivo che legittima l'erogazione della spesa;

f) le eventuali modalità agevolative di pagamento se richieste dal creditore ai sensi dell'articolo 30;

g) il rispetto degli eventuali vincoli di destinazione.

4. Il pagamento delle spese è altresì disposto mediante aperture di credito a favore di funzionari delegati; ad esse si applicano le disposizioni di cui ai commi da 1 a 3.

5. I mandati di pagamento sono soggetti al controllo interno di ragioneria secondo le disposizioni del Capo V del presente Titolo.

6. Il pagamento degli stipendi, dei fitti e delle altre spese di importo e scadenze determinate può effettuarsi mediante l'emissione di ruoli di spesa fissa.

7. Le mutazioni alle partite per le quali si trovano aperti presso il Tesoriere i conti correnti, devono risultare da appositi ruoli di variazione, che devono essere comunicati nei modi e con le stesse forme prescritti per i ruoli principali.

Articolo 29

(Documentazione dei mandati di pagamento)

1. Ogni mandato di pagamento è corredato, a seconda dei casi, da documenti comprovanti la regolare esecuzione dei lavori, forniture e servizi, quali i verbali di collaudo ove richiesti, i buoni di carico, quando si tratti di beni inventariabili ovvero, ad esempio, dalla bolletta di consegna per materiali da assumersi in carico nei registri di magazzino, dalla copia degli atti d'impegno o dall'annotazione degli estremi degli stessi, dalle note di liquidazione e da ogni altro documento che giustifichi la spesa.

2. Tale documentazione deve recare il visto del responsabile della struttura direzionale competente alla liquidazione della spesa.

3. La documentazione della spesa è allegata al mandato successivamente alla sua estinzione ed è conservata agli atti secondo le modalità previste dalla normativa regionale in materia di gestione del protocollo e conservazione degli archivi e comunque per non meno di dieci anni.

Articolo 30

(Modalità particolari di estinzione dei titoli di spesa)

1. Può essere disposto, su richiesta scritta del creditore e con espressa annotazione sui titoli, che i medesimi siano estinti mediante:

a) accreditamento in conto corrente postale a favore del creditore, nonché mediante vaglia postale con spese a carico del richiedente;

b) commutazione in assegno circolare, non trasferibile, all'ordine del creditore;

c) accreditamento in conto corrente bancario;

d) accreditamento ad una banca per conto del creditore;

e) per gli ordinativi di pagamento emessi su conti aperti presso la Tesoreria provinciale dello Stato, le forme agevolative di estinzione previste per i titoli di spesa dello Stato.

2. Nell'ipotesi di estinzione mediante vaglia postale, al titolo deve essere allegata la ricevuta di versamento rilasciata dall'ufficio postale.

3. Le dichiarazioni di accreditamento o di commutazione, che sostituiscono la quietanza del creditore, devono risultare sul titolo di spesa da annotazione recante gli estremi relativi alle operazioni ed il timbro del Tesoriere o cassiere.

Articolo 31

(Mandati di pagamento non pagati alla fine dell'esercizio finanziario)

1. I mandati di pagamento individuali e collettivi da estinguere con quietanza propria del creditore, rimasti interamente o parzialmente inestinti entro il primo giorno non festivo successivo al 21 dicembre di ciascun anno, sono commutati dal Tesoriere con le modalità di cui alla lettera b) dell'articolo 30.

2. I mandati di pagamento, commutati ai sensi del comma 1, si considerano titoli pagati agli effetti del rendiconto generale.

3. Nelle convenzioni di tesoreria sono regolati i rapporti con il Tesoriere in relazione all'accertamento dell'effettivo pagamento degli assegni circolari.

4. I mandati di pagamento non pagati entro il termine dell'esercizio sono restituiti dalla banca incaricata del servizio di tesoreria o di cassa all'Ente per il loro annullamento.

Articolo 32

(Erogazioni di spese tramite funzionari delegati)

1. Per l'effettuazione di spese per le quali si renda necessario il pagamento mediante funzionari delegati, il Direttore può autorizzare, entro limiti prestabiliti, aperture di credito a favore di dipendenti, mediante accensione di appositi conti presso la banca che gestisce il servizio di tesoreria. Gli interessi maturati sui conti predetti vanno accreditati all'Ente.

2. I responsabili delle strutture direzionali provvedono alla nomina dei funzionari delegati ed a disporre i relativi ordini di accreditamento.

3. Le disposizioni di pagamento, a valere sui fondi depositati nei conti di cui al comma 1, hanno luogo con l'emissione di ordinativi a favore dei creditori, ovvero di buoni a favore del funzionario delegato medesimo, entro i limiti indicati nell'ordine di accreditamento. Tali operazioni devono risultare da appositi registri.

4. Gli ordinativi ed i buoni sono firmati dal funzionario delegato.

5. I funzionari delegati sono personalmente responsabili delle somme loro anticipate, delle spese ordinate e dei pagamenti effettuati e, per le somme prelevate in contanti, sono soggetti agli obblighi imposti ai depositari dal codice civile.

Articolo 33

(Rendiconto dei funzionari delegati)

1. Ogni funzionario delegato deve giustificare l'impiego delle somme erogate, distintamente per unità previsionale di base, per capitolo, per competenza e residui. A questo fine, ogni semestre ed, in ogni caso, alla fine dell'esercizio, egli deve compilare il rendiconto delle somme erogate, da presentare al Direttore entro i quarantacinque giorni successivi alla fine del periodo al quale i rendiconti stessi si riferiscono.

2. L'obbligo di rendicontazione di cui al comma 1 va inoltre adempiuto dal funzionario delegato una volta ultimato o cessato il servizio o l'incarico affidatogli.

3. Il conto è ammesso a discarico dopo che ne sia riconosciuta la regolarità da parte del responsabile del controllo interno di ragioneria, ai sensi del Capo V del presente Titolo.

CAPO V

NORME IN MATERIA DI CONTROLLO INTERNO DI RAGIONERIA

Articolo 34

(Controllo interno di ragioneria)

1. Il controllo interno preventivo di ragioneria si esercita sugli atti amministrativi di impegno di spesa, sugli atti amministrativi di liquidazione, sui titoli di spesa, sugli atti che comportino entrate, sui contratti attivi e sugli atti di disposizione patrimoniale, sui relativi accertamenti ed ordinativi di incasso e sugli atti aventi natura regolamentare dell'Ente.

2. Il controllo interno consuntivo di ragioneria si esercita sugli atti soggetti a norma di legge o di regolamento a tale controllo.

3. Il controllo interno di ragioneria si esercita secondo le modalità e nei termini previsti dal presente Regolamento.

Articolo 35

(Natura del controllo interno di ragioneria)

1. Il controllo interno preventivo di ragioneria si esercita sugli atti di impegno e sugli atti che comportino entrate, sui contratti attivi e sugli atti di disposizione patrimoniale, sui relativi accertamenti, sugli atti aventi natura regolamentare dell'Ente, verificando la regolarità contabile e la legalità della spesa o dell'atto.

2. Il controllo interno preventivo di ragioneria si esercita altresì sugli atti di liquidazione, sui titoli di spesa ed ordinativi di incasso verificando la regolarità contabile degli stessi.

3. Il controllo interno successivo a consuntivo di ragioneria si esercita verificando la regolarità contabile e la legalità della spesa o dell'atto.

Articolo 36

(Verifica della regolarità contabile)

1. Il controllo contabile sugli atti di impegno si esercita accertando che la spesa impegnata non ecceda lo stanziamento del relativo capitolo di bilancio o che sia da imputare ad un capitolo diverso da quella indicato, oppure che sia riferibile ai residui anziché alla competenza, o a questa piuttosto che a quelli, nonché accertando che la quantificazione della spesa impegnata sia effettuata ai sensi di legge e che i dati identificativi del beneficiario della spesa indicati nell'atto corrispondano a quelli riportati nella documentazione giustificativa trasmessa.

2. Il controllo contabile sugli atti di liquidazione si esercita accertando che la spesa venga liquidata ai sensi di legge, nel rispetto dei limiti, delle condizioni e delle modalità fissati nell'atto di impegno di spesa.

3. Il controllo contabile sui titoli di spesa si esercita accertando che i dati riportati nel titolo corrispondano ai dati riportati nell'atto di liquidazione.

4. Il controllo contabile sugli atti che comportino entrate, sui contratti attivi e sugli atti di disposizione patrimoniale, sui relativi accertamenti ed ordinativi di incasso si esercita accertando che l'entrata sia imputata al pertinente capitolo di bilancio nonché quantificata ai sensi di legge e che i dati identificativi dei soggetti previsti nell'atto corrispondano a quelli indicati nella documentazione giustificativa trasmessa.

Articolo 37

(Verifica di legalità della spesa)

1. La verifica di legalità della spesa o dell'atto si esercita accertando che l'atto sia assunto nel rispetto delle disposizioni di legge che lo disciplinano.

Articolo 38

(Efficacia degli atti sottoposti al controllo preventivo interno di ragioneria)

1. Il responsabile del controllo interno di ragioneria, entro trenta giorni dal ricevimento dell'atto sottoposto al controllo interno preventivo di ragioneria, registra l'impegno di spesa o l'atto medesimo nel caso in cui esso non comporti impegno di spesa.

2. L'atto diviene efficace con la registrazione.

3. Entro il termine richiamato al comma 1, il responsabile del controllo interno di ragioneria può inviare all'organo emittente l'atto, osservazioni relative alla regolarità contabile dell'atto sottoposto al controllo. In tal caso l'atto non viene ammesso alla registrazione.

4. Entro il termine richiamato al comma 1, il responsabile del controllo interno di ragioneria può inviare osservazioni relative alla legalità della spesa o dell'atto sottoposto a controllo. In tal caso l'organo che ha emanato l'atto, può recepire le osservazioni annullando o modificando l'atto ovvero ritrasmetterlo invariato chiedendo, sotto la propria responsabilità al responsabile del controllo interno di ragioneria di provvedere comunque alla sua registrazione.

5. Della avvenuta registrazione su richiesta del responsabile è data notizia del Collegio dei Revisori.

Articolo 39

(Visto di ragioneria sui titoli di spesa)

1. Il responsabile del controllo interno di ragioneria, entro trenta giorni dal ricevimento dell'atto di liquidazione accompagnato dal titolo di spesa, vi appone il visto.

2. Entro il termine richiamato al comma 1, il responsabile del controllo interno di ragioneria può inviare osservazioni relative alla regolarità contabile del titolo medesimo. In tal caso il titolo non può essere ammesso al visto.

CAPO VI

PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI DI CONCESSIONE DI INCENTIVI

Articolo 40

(Sospensione dell'erogazione di incentivi)

1. L'Ente è autorizzato a sospendere l'erogazione di contributi o sovvenzioni, qualora abbia notizia, successivamente verificata, di situazioni in base alle quali si ritenga che l'interesse pubblico perseguito attraverso l'erogazione dei medesimi possa non essere raggiunto.

2. La sospensione dell'erogazione è disposta, per un periodo non superiore ad un anno, con decreto, debitamente motivato, del medesimo soggetto che ha emanato il decreto di concessione del contributo o della sovvenzione.

3. Il soggetto di cui al comma 2 provvede ad inviare immediatamente copia del decreto ivi previsto al Tesoriere al fine di sospendere i pagamenti in corso, dandone notizia al beneficiario.

4. Scaduto il termine di cui al comma 2, verificata nuovamente la situazione di fatto che ha determinato la sospensione, il contributo è revocato, a partire dal momento in cui l'interesse pubblico non è stato più perseguito, ovvero, nel caso contrario, il Tesoriere è autorizzato ad effettuare i pagamenti dovuti.

5. In casi eccezionali, l'Ente è autorizzato a concedere una proroga al termine previsto dal comma 2, per un periodo di tempo non superiore ad un ulteriore anno.

6. Qualora la legittimità del rapporto contributivo sia condizionata dall'accertamento giudiziario di fatti o diritti, può essere disposta la sospensione dell'erogazione di contributi o sovvenzioni sino alla conclusione del procedimento giurisdizionale di primo grado.

Articolo 41

(Norma di rinvio)

1. Per quanto non previsto dal presente Regolamento, trova applicazione la vigente normativa regionale recante i principi e le disposizioni generali in materia di procedimenti contributivi di concessione di incentivi, contributi, agevolazioni e benefici di qualsiasi genere, ed in materia di compensazione.

CAPO VII

SERVIZIO DI TESORERIA O DI CASSA

Articolo 42

(Affidamento del servizio)

1. Il servizio di tesoreria o di cassa è affidato ad una

banca autorizzata a svolgere l'attività di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 1 settembre 1993, n. 385, e successive modificazioni, in base ad apposita convenzione.

2. L'affidamento del servizio viene effettuato mediante procedure ad evidenza pubblica con modalità che rispettino i principi della concorrenza.

3. Per l'individuazione degli enti che subiscono limitazioni circa il deposito delle proprie disponibilità di cassa presso banche si applicano le leggi dello Stato sulla materia.

4. Il Tesoriere risponde con tutte le proprie attività e con il proprio patrimonio per eventuali danni causati all'Ente affidante o a terzi ed è responsabile di tutti i depositi, comunque costituiti, intestati all'Ente.

5. Qualora l'organizzazione dell'Ente e il Tesoriere lo consentano, il servizio di tesoreria viene gestito con metodologie e criteri informatici in modo da assicurare il collegamento diretto che consenta l'interscambio dei dati e della documentazione relativi alla gestione del servizio.

6. Il Tesoriere deve presentare il conto giudiziale all'Ente secondo le modalità prescritte dalla normativa statale in materia.

Articolo 43

(Servizio di cassa interno)

1. Quando ricorrano particolari esigenze di funzionamento, il Direttore può autorizzare l'istituzione di un servizio di cassa interno, sia per la sede centrale, sia per gli uffici periferici.

2. L'incarico di cassiere è conferito dal responsabile della struttura direzionale competente per le spese generali di funzionamento dell'Ente, ad un impiegato di ruolo per una durata determinata non superiore a tre anni ed è rinnovabile. L'incarico di cassiere può cumularsi con quello di consegnatario.

Articolo 44

(Gestione del cassiere)

1. Il cassiere può essere dotato all'inizio di ciascun anno finanziario di un fondo non superiore a L. 50.000.000, reintegrabile durante l'esercizio, previa presentazione del rendiconto delle somme già spese.

2. Con il fondo si può provvedere esclusivamente al pagamento delle minute spese d'ufficio, delle spese per piccole riparazioni e manutenzioni di mobili, locali, automezzi e attrezzature, delle spese postali di vettura e per l'acquisto di giornali, nonché di pubblicazioni periodiche e simili, ciascuna d'importo non superiore a L. 1.000.000.

3. Possono gravare sul fondo gli acconti per spese di viaggio e di indennità di missione, ove non sia possibile provvedervi con mandati tratti sulla banca incaricata del servizio di tesoreria o di cassa.

4. Nessun pagamento può essere eseguito dal cassiere con il fondo a disposizione senza l'autorizzazione del responsabile della struttura direzionale competente alle spese generali di funzionamento.

5. Il cassiere non può tenere altre gestioni all'infuori di quelle indicate ai commi da 1 a 4.

6. Il cassiere, previa formale autorizzazione del responsabile della struttura direzionale competente alle spese di funzionamento dell'Ente, può ricevere in custodia oggetti di valore di pertinenza dell'amministrazione che devono essere conservati in cassaforte o armadi di sicurezza ed i cui movimenti devono essere annotati in apposito registro. La cessazione della custodia degli oggetti deve essere eseguita con le medesime modalità. È fatto divieto al cassiere di ricevere in consegna oggetti e valori di proprietà di terzi.

7. Le disponibilità al 31 dicembre del fondo di cui al comma 1 sono versate dal cassiere alla banca incaricata del servizio di tesoreria o di cassa con imputazione in entrata all'apposito capitolo delle partite di giro. Allo stesso capitolo sono contabilmente imputate le somme corrispondenti al rendiconto in sospeso alla chiusura dell'esercizio, contestualmente all'addebito delle somme rendicontate ai vari capitoli di spesa.

8. La gestione del cassiere è soggetta al controllo interno successivo a consuntivo di ragioneria.

9. Il Collegio dei Revisori deve eseguire almeno una volta ogni trimestre una verifica improvvisa alla cassa e alle scritture del cassiere; analoga verifica effettua nel caso di cambiamento del cassiere.

10. Le verifiche effettuate devono constare da apposito verbale e devono estendersi, oltre alla constatazione del denaro, ai valori ed ai titoli di qualsiasi genere comunque affidati al cassiere.

Articolo 45

(Riscossioni per delega)

1. Il cassiere può essere delegato a riscuotere e a dare quietanza degli stipendi e delle altre competenze dovute ai dipendenti e da pagarsi a mezzo assegni circolari non trasferibili, ovvero in contanti quando l'emissione dei predetti assegni non sia possibile, evidenziando in apposito registro le relative operazioni di riscossione e di pagamento.

Articolo 46

(Scritture del cassiere)

1. Il cassiere tiene un unico registro per tutte le operazioni di cassa da lui effettuate, a pagine numerate e munite del timbro d'ufficio nonché della dichiarazione del responsabile del controllo interno di ragioneria attestante il numero delle pagine di cui il registro stesso si compone.

2. È in facoltà del cassiere tenere separati partitari, le cui risultanze devono essere giornalmente riportate sul registro di cassa.

CAPO VIII

RENDICONTO GENERALE

Articolo 47

(Procedure)

1. Il rendiconto generale è deliberato entro il mese di aprile successivo alla chiusura dell'esercizio finanziario, salvo che la legge istitutiva non contempli termini diversi.

2. Lo schema del rendiconto generale, unitamente alla relazione illustrativa del Presidente - che deve riguardare l'andamento della gestione dell'Ente nei suoi settori operativi, nonché i fatti di rilievo verificatisi anche dopo la chiusura dell'esercizio - ed agli allegati, è sottoposto, almeno quindici giorni prima del termine di cui al comma 1, all'esame del Collegio dei Revisori, che redige apposita relazione, da allegare al predetto schema, contenente, tra l'altro, l'attestazione circa la corrispondenza delle risultanze di bilancio con le scritture contabili, nonché valutazioni in ordine alla regolarità ed economicità della gestione.

3. Il rendiconto generale è trasmesso per il controllo previsto dalle singole leggi istitutive all'Amministrazione regionale entro dieci giorni dalla data della delibera, semprechè dette leggi non prevedano termini diversi.

Articolo 48

(Conto del bilancio)

1. Il rendiconto generale è costituito dal conto del bilancio e dal conto generale del patrimonio.

2. Il conto del bilancio espone le risultanze finanziarie della gestione delle entrate e delle spese, secondo un'articolazione conforme alla struttura del bilancio di previsione e alla disaggregazione in capitoli del documento tecnico, in modo tale da consentire la rilevazione dei risultati finanziari per funzione-obiettivo ai fini della valutazione degli obiettivi perseguiti per la realizzazione del programma di attività dell'Ente e per unità previsionali di base ai fini della valutazione delle attività amministrative in relazione agli obiettivi stabiliti e agli indicatori di efficacia ed efficienza.

3. A fronte delle somme previste per l'esercizio, il conto del bilancio comprende:

a) le entrate di competenza dell'anno, accertate, riscosse o rimaste da riscuotere;

b) le spese di competenza dell'anno, impegnate, pagate o rimaste da pagare;

c) la gestione dei residui attivi e passivi degli esercizi anteriori;

d) le somme riscosse e pagate, distintamente in conto competenza ed in conto residui;

e) le somme costituenti minori entrate o economie di spesa;

f) le somme trasferite all'esercizio successivo.

4. Al conto del bilancio sono allegate, raggruppate in appositi elenchi:

a) le variazioni - distinte per unità previsionali di base - apportate, ai sensi degli articoli da 18 a 21;

b) le variazioni al documento tecnico ai sensi dell'articolo 22.

Articolo 49

(Conto generale del patrimonio)

1. Il conto generale del patrimonio, redatto secondo lo schema di cui all'allegato C), comprende:

a) le attività e le passività finanziarie e patrimoniali con le variazioni derivanti dalla gestione del bilancio e quelle verificatesi per qualsiasi altra causa;

b) la dimostrazione dei vari punti di concordanza tra la contabilità del bilancio e quella patrimoniale.

Articolo 50

(Situazione amministrativa)

1. Al rendiconto generale è annessa la situazione amministrativa la quale deve evidenziare:

a) la consistenza dei conti di tesoreria o di cassa all'inizio dell'esercizio, gli incassi ed i pagamenti complessivamente fatti nell'anno in conto competenza ed in conto residui ed il saldo alla chiusura dell'esercizio;

b) il totale complessivo dei residui attivi e dei residui passivi alla fine dell'esercizio;

c) le somme trasferite all'esercizio successivo;

d) l'avanzo o il disavanzo di amministrazione.

Articolo 51

(Gestione dei residui)

1. Annualmente gli Enti sono tenuti a compilare la situazione dei residui attivi e passivi provenienti dagli esercizi anteriori a quello di competenza, distintamente per l'esercizio di provenienza e per unità previsionale di base e per capitolo.

2. Detta situazione dovrà indicare la consistenza al 1° gennaio, le somme riscosse o pagate nel corso dell'anno di gestione, quelle eliminate perché non più realizzabili o dovute, nonché quelle rimaste da riscuotere o da pagare.

3. I residui attivi e passivi di ciascun esercizio sono

imputati ai corrispondenti capitoli dell'esercizio successivo, separatamente dalla competenza del medesimo.

4. Qualora il capitolo che ha dato origine al residuo sia stato eliminato nel nuovo documento tecnico allegato al bilancio, per la gestione delle somme residue è istituito, con la procedura prevista dall'articolo 21, comma 2, un capitolo aggiunto.

5. I residui attivi possono essere ridotti o eliminati soltanto dopo che siano stati esperiti tutti gli atti per ottenerne la riscossione, a meno che il costo per tale esperimento superi l'importo da recuperare tenuto conto di quanto previsto all'articolo 65.

6. Le variazioni dei residui attivi e passivi sono approvate secondo la procedura prevista all'articolo 21, comma 2.

7. La situazione di cui al comma 1 e le variazioni di cui al comma 6 sono immediatamente esecutive e sono allegate al rendiconto generale.

Articolo 52

(Restituzione di somme all'Amministrazione regionale)

1. L'invio in economia di somme a destinazione vincolata erogate dall'Amministrazione regionale comporta l'obbligo di restituzione alla medesima entro l'esercizio successivo, salva diversa disposizione di legge.

2. La disposizione di cui al comma 1 trova applicazione sia per le economie relative a disimpegni, tanto in conto competenza quanto in conto residui, sia per le economie realizzatesi ai sensi dell'articolo 21, comma 4.

TITOLO II
GESTIONE PATRIMONIALE

CAPO I
BENI

Articolo 53

(Beni)

1. I beni degli Enti si distinguono in immobili e mobili secondo le norme del codice civile. Essi sono descritti in separati inventari preferibilmente mediante l'utilizzo di adeguati strumenti informatici in conformità delle norme contenute nel presente Capo.

Articolo 54

(Inventario dei beni immobili)

1. Gli inventari dei beni immobili devono evidenziare:

a) la denominazione, l'ubicazione, l'uso cui sono destinati e l'ufficio od organo cui sono affidati;
b) il titolo di provenienza, le risultanze dei registri immobiliari, i dati catastali e la rendita imponibile;
c) le servitù, i pesi e gli oneri da cui sono gravati;
d) il valore iniziale e le eventuali successive variazioni;
e) gli eventuali redditi.

Articolo 55

(Consegnatari dei beni immobili)

1. I beni immobili sono dati in consegna ad agenti, i quali sono personalmente responsabili dei beni loro affidati nonché di qualsiasi danno che possa derivare all'Ente dalla loro azione od omissione e ne rispondono secondo le norme di contabilità generale dello Stato.

2. La consegna si effettua in base a verbali redatti in contraddittorio fra chi effettua la consegna e chi la riceve o fra l'agente cessante e quello subentrante, con l'assistenza di un dipendente formalmente incaricato.

Articolo 56

(Classificazione dei beni mobili)

1. I beni mobili si classificano nelle seguenti categorie:

a) mobili, arredi, macchine di ufficio;
b) materiale bibliografico;
c) strumenti tecnici, attrezzature in genere, automezzi ed altri mezzi di trasporto;
d) fondi pubblici e privati;
e) altri beni mobili.

Articolo 57

(Inventario di beni mobili)

1. L'inventario dei beni mobili deve contenere le seguenti indicazioni:

a) la denominazione e la descrizione secondo la natura e la specie;
b) il luogo in cui si trovano;
c) la quantità o il numero;
d) la classificazione «nuovo», «usato», «fuori uso»;
e) il valore.

2. I mobili e le macchine sono valutabili per prezzo di acquisto, ovvero di stima o di mercato se trattasi di oggetti pervenuti per altra causa.

3. I titoli e i valori pubblici e privati sono valutati al prezzo di borsa del giorno precedente a quello della compilazione o revisione dell'inventario, se il prezzo è inferiore al valore nominale, e per il valore nominale qualora il prezzo sia superiore.

4. L'inventario del materiale bibliografico è costituito da appositi registri cronologici o da schedari tenuti da impiegati all'uopo incaricati.

Articolo 58

(Consegnatari dei beni mobili)

1. I beni mobili, esclusi gli oggetti di cancelleria e i materiali di consumo, sono dati in consegna, con apposito verbale, a consegnatari che ne sono responsabili fino a che non ne abbiano ottenuto regolare discarico.

2. In caso di sostituzione dei consegnatari, la consegna ha luogo previa materiale ricognizione dei beni. Il relativo verbale è sottoscritto dal consegnatario cessante e da quello subentrante, nonché dal dipendente che assiste alla consegna.

3. Gli inventari sono redatti in duplice esemplare di cui uno è conservato presso l'Ente e l'altro dai consegnatari dei beni, sino a che non ne abbia ottenuto formale discarico.

4. I consegnatari vigilano sui beni loro affidati e ne curano la manutenzione.

Articolo 59

(Carico e scarico dei beni mobili)

1. I beni mobili sono inventariati sulla base di buoni di carico emessi dal responsabile della struttura direzionale competente all'acquisto e firmati dal consegnatario.

2. La cancellazione dagli inventari dei beni mobili per fuori uso, perdita, cessione od altri motivi è disposta con provvedimento del Direttore.

3. Il provvedimento di cui al comma 2 indica l'eventuale obbligo di reintegro o di risarcimento di danni a carico dei responsabili ed è portato a conoscenza degli agenti al fine della redazione del verbale di scarico.

4. Il responsabile della struttura direzionale competente, sulla scorta degli atti o documenti di carico e scarico, provvede a disporre il conseguente aggiornamento delle scritture patrimoniali.

Articolo 60

(Chiusura annuale degli inventari)

1. Gli inventari sono chiusi al termine di ogni esercizio finanziario.

2. Le variazioni inventariali dell'anno sono comunicate dai consegnatari, entro due mesi dalla chiusura dell'esercizio finanziario, al responsabile della struttura direzionale competente per le conseguenti annotazioni nelle proprie scritture.

Articolo 61

(Ricognizione dei beni mobili)

1. Almeno ogni cinque anni si provvede alla ricognizione dei beni mobili e del loro valore ed almeno ogni dieci anni al rinnovo degli inventari.

Articolo 62

(Materiali di consumo)

1. Un dipendente responsabile provvede alla tenuta di idonea contabilità a quantità e specie per gli oggetti di cancelleria, stampati, schede, supporti meccanografici ed altri materiali di consumo.

2. Il carico di detto materiale avviene sulla base delle ordinazioni emesse dalla struttura competente alle spese di funzionamento e delle bollette di consegna dei fornitori.

3. I prelevamenti per il fabbisogno delle singole strutture direzionali sono effettuati in base alle richieste dei rispettivi responsabili.

Articolo 63

(Automezzi)

1. I consegnatari degli automezzi ne controllano l'uso accertando che:

a) la loro utilizzazione sia regolarmente autorizzata dal responsabile che dispone il servizio;

b) il rifornimento dei carburanti e dei lubrificanti venga effettuato mediante rilascio di appositi buoni in relazione al movimento risultante dal libretto di marcia.

2. Il consegnatario provvede, mensilmente, alla compilazione del prospetto che riepiloga le spese per il consumo dei carburanti e dei lubrificanti, per la manutenzione ordinaria e per le piccole riparazioni e lo trasmette alla struttura direzionale competente.

Articolo 64

(Materiali di scorta)

1. Per la custodia e la conservazione di materiali costituenti scorta possono essere istituiti appositi magazzini con provvedimento del Direttore.

CAPO II

CREDITI

Articolo 65

(Crediti)

1. I crediti dell'Ente riconosciuti di dubbia e difficile esazione, non potuti riscuotere nonostante l'impiego dei mezzi amministrativi o giudiziari o assolutamente inesigibili, sono annullati con decreto motivato del Direttore, previa deliberazione del Consiglio di Amministrazione, nella fase preliminare all'approvazione del rendiconto generale, sentito il responsabile del controllo interno di ragioneria e il Collegio dei Revisori, dopo l'espletamento di accertamenti in relazione alle cause ed alle eventuali responsabilità di dipendenti.

2. Per quanto non previsto dal comma 1, ed in particolare per la rinuncia ai diritti di credito di modico valore e per la disciplina dei diritti di credito derivanti dalla revoca di incentivi erogati da parte dell'Ente, trova applicazione la normativa regionale in materia.

TITOLO III
CONTRATTI

CAPO I
ATTIVITÀ CONTRATTUALE

Articolo 66
(Competenze in materia contrattuale)

1. La deliberazione di addivenire al contratto è di competenza del Consiglio di Amministrazione, salva diversa disposizione di legge.

2. La normativa concernente l'ordinamento dell'Ente individua gli organi competenti a stipulare e approvare il contratto.

Articolo 67
(Norme generali)

1. Ai lavori, ai servizi e alle forniture di importo superiore o pari alla soglia di rilievo comunitario si provvede in conformità alla normativa comunitaria, nazionale e regionale di recepimento.

2. Ai lavori, ai servizi e alle forniture di importo inferiore alla soglia di rilievo comunitario si provvede secondo quanto previsto dalla normativa nazionale, regionale e dal presente Regolamento.

Articolo 68
(Scelta del contraente)

1. In relazione al disposto dell'articolo 67, comma 2, per la scelta del contraente può essere utilizzata una delle seguenti procedure:

a) pubblico incanto o asta pubblica;

b) licitazione privata;

c) appalto concorso;

d) trattativa privata.

2. Il ricorso alla trattativa privata, salvo diversa specifica disposizione di legge, è ammesso nei seguenti casi:

a) quando, per qualsiasi motivo, la gara pubblica sia andata deserta;

b) per l'acquisto di beni, la prestazione di servizi e l'esecuzione di lavori - sia all'interno sia all'estero - che una sola impresa può fornire od eseguire con i requisiti tecnici ed il grado di perfezione richiesti, nonché quando l'acquisto riguardi beni la cui produzione è garantita da privativa industriale;

c) per l'acquisto, la permuta e la locazione, attiva o passiva, di immobili, nonché per la vendita di immobili ad amministrazioni dello Stato, alle Regioni, alle Province ed ai Comuni;

d) quando l'urgenza degli acquisti, delle vendite, dei lavori e delle forniture di beni o servizi - dovuta a circostanze imprevedibili ovvero alla necessità di far eseguire le prestazioni a spese ed a rischio degli imprenditori inadempienti - non consenta l'indugio della pubblica gara;

e) per l'affidamento di studi, ricerche e sperimentazioni a persone o ditte aventi alta competenza tecnica o scientifica;

f) per lavori complementari non considerati nel contratto originario e che siano resi necessari da circostanze impreviste per l'esecuzione di lavori, a condizione che siano affidati allo stesso contraente e non possano essere tecnicamente od economicamente separabili dalla prestazione principale, ovvero, benché separabili, siano strettamente necessari per completamento dei lavori e che il loro ammontare non superi il cinquanta per cento dell'importo del contratto originario;

g) per l'affidamento al medesimo contraente di forniture interessate al completamento, al rinnovo parziale o all'ampliamento di quelle esistenti, qualora il ricorso ad altri fornitori costringesse l'Ente ad acquistare materiale di tecnica differente il cui impiego o la cui manutenzione comporterebbe notevoli difficoltà o incompatibilità tecniche;

h) quando trattasi di contratti di importo non superiore a L. 210.000.000, con esclusione dei casi in cui detti contratti rappresentino ripetizione, frazionamento, completamento o ampliamento di precedenti lavori, forniture o servizi.

3. Nei casi indicati alle lettere a) d) ed h) devono essere interpellate più imprese, in numero non inferiore a tre.

4. Con esclusione del caso previsto alla lettera h), la ragione per la quale si è ricorso alla trattativa privata deve risultare nella deliberazione di cui all'articolo 66.

5. I contratti di cui alla lettera c), devono essere preceduti dal parere di congruità espresso da apposita commissione nominata dal Direttore, della quale possono essere chiamati a far parte anche esponenti estranei all'Ente. Per le locazioni all'estero detto parere può essere rilasciato dalla competente rappresentanza diplomatica.

6. Il parere di cui al comma 5 non va richiesto per i contratti di locazione, il cui canone è disciplinato da disposizioni legislative.

7. È ammesso il ricorso al sistema in economia nei casi previsti dal Capo II del presente Titolo.

Articolo 69

(Criteri di aggiudicazione)

1. Le gare riguardanti i lavori, i servizi e le forniture ad asta pubblica, a licitazione privata e a trattativa privata sono aggiudicate in base ai criteri previsti dalla normativa regionale e statale in materia.

Articolo 70

(Stipulazione dei contratti)

1. Salvo il caso in cui nell'avviso d'asta o nella lettera di invito alla licitazione privata sia stabilito che il verbale di aggiudicazione tiene luogo del contratto, avvenuta l'aggiudicazione, si procede alla stipulazione del contratto entro il termine massimo di trenta giorni dalla data dell'aggiudicazione ovvero della comunicazione di essa all'impresa aggiudicataria.

2. Per la trattativa privata, la stipulazione del contratto deve aver luogo entro trenta giorni dalla data di comunicazione all'impresa dell'accettazione dell'offerta.

3. La comunicazione di cui al comma 1 e 2 ha luogo entro dieci giorni dall'aggiudicazione ovvero dall'accettazione dell'offerta.

4. Qualora l'impresa non provveda entro il termine stabilito alla stipulazione del contratto, l'Ente ha facoltà di dichiarare decaduta l'aggiudicazione ovvero l'accettazione dell'offerta, disponendo l'incameramento della cauzione provvisoria e l'eventuale richiesta del risarcimento dei danni in relazione all'affidamento ad altri della prestazione.

5. L'Ente provvede a restituire tempestivamente alle ditte o persone non aggiudicatarie i depositi cauzionali provvisori eventualmente da esse in precedenza costituiti.

Articolo 71

(Collaudo e certificazione di regolare esecuzione)

1. Tutti i lavori, le forniture e le prestazioni di servizi sono soggetti a collaudo, anche in corso d'opera, secondo le norme stabilite dal contratto, salvo quanto disposto dal comma 3.

2. I collaudatori sono nominati dal Direttore nell'ambito dei dipendenti dell'Ente tra coloro che sono in possesso della competenza tecnica specifica che la natura dell'affare richiede salvo che nell'ipotesi di carenza di organico accertata dal responsabile del procedimento.

3. Qualora l'importo dei lavori non superi L. 50.000.000 e l'importo delle forniture o dei servizi non superi L. 10.000.000, è rilasciata la certificazione di regolare esecuzione a cura di un impiegato dell'Ente nominato dal Direttore.

4. In ogni caso il collaudo o l'accertamento della regolare esecuzione non può essere effettuato dalle persone che abbiano diretto o sorvegliato i lavori o che abbiano stipulato o approvato il contratto medesimo.

Articolo 72

(Cauzione)

1. A garanzia dell'esecuzione dei contratti le ditte debbono prestare idonee cauzioni nei limiti fissati dalle normative specifiche.

2. Si può prescindere dalla cauzione qualora la ditta contraente sia di notoria solidità subordinatamente al miglioramento del prezzo, nonché per i contratti di importo non superiore a L. 50.000.000, I.V.A. esclusa.

Articolo 73

(Penalità)

1. Nel contratto devono essere previste le penalità per inadempienza o ritardo nella esecuzione del contratto.

Articolo 74

(Condizioni e clausole contrattuali)

1. I contratti devono avere termini e durata certi, e per le spese correnti, non possono superare i nove anni. Per ragioni di assoluta necessità o convenienza può essere prevista una durata superiore.

2. Nessun contratto può essere artificiosamente frazionato allo scopo di sottrarlo all'applicazione delle norme di carattere comunitario, statale o regionale.

3. Per il medesimo oggetto non possono essere stipulati più contratti se non per comprovate ragioni di necessità o di convenienza.

4. Le ragioni di necessità o di convenienza di cui ai commi 1 e 3 devono essere indicate nella deliberazione di cui all'articolo 66.

5. Nei contratti non si può convenire l'esenzione da qualsiasi specie di imposta o tassa vigente all'epoca della loro stipulazione né stipulare la corresponsione di interessi e di provvigioni a favore degli appaltatori o dei fornitori sulle somme che questi fossero obbligati ad anticipare per l'esecuzione del contratto.

6. È fatto divieto di concedere in qualsiasi forma anticipazioni del prezzo in materia di contratti di appalto di lavori, di forniture e di servizi, salvo che ciò sia espressamente previsto da specifica norma regionale di settore e salvo il caso dei contratti riguardanti attività oggetto di finanziamento da parte dell'Unione Europea.

7. I contratti stipulati con società commerciali devono contenere l'indicazione del rappresentante legale della società.

8. I pagamenti fatti alle persone autorizzate dai creditori a riscuotere per loro conto ed a rilasciare quietanza si ritengono validamente eseguiti, finché la revoca del

mandato conferito alle persone stesse non sia notificato all'Ente nelle forme di legge.

9. La notifica rimane priva di effetto per gli ordini di pagamento che risultino emessi. Tuttavia, il creditore può effettuare tale notifica al Tesoriere o all'agente incaricato di eseguire il pagamento.

CAPO II
SISTEMA IN ECONOMIA

Articolo 75
(Sistema in economia)

1. I lavori, le provviste ed i servizi che possono essere eseguiti in economia sono i seguenti:

a) acquisto, manutenzione, riparazione e adattamento di beni mobili;

b) riparazione e manutenzione di autoveicoli ed acquisti di materiale di ricambio,combustibili, lubrificanti;

c) illuminazione e riscaldamento di locali;

d) pulizia, riparazione e manutenzione dei locali;

e) montaggio e smontaggio di attrezzature mobili, trasporti, spedizioni e facchinaggi;

f) provviste di generi di cancelleria, di stampati, di modelli, materiali per disegno e per fotografie, nonché stampa di tabulati, circolari, ecc.;

g) abbonamenti a riviste e periodici sia su supporto cartaceo che informatico ed acquisto di libri;

h) provviste di materiale di consumo occorrente per il funzionamento di laboratori e gabinetti scientifici, stazioni sperimentali e simili;

i) provviste di effetti di corredo al personale dipendente;

l) spese di rappresentanza;

m) spese postali e telefoniche;

n) altre attività, individuate con apposito Regolamento interno.

2. I lavori, le provviste ed i servizi di cui al comma 1 possono essere eseguiti nei limiti di somma stabiliti per ciascuna specie di spesa con regolamento interno e in ogni caso non possono eccedere annualmente, per ciascuna tipologia di spesa, la soglia di rilievo comunitario.

Articolo 76
(Esecuzione dei lavori in economia)

1. I lavori in economia di cui all'articolo 75, possono essere eseguiti:

a) in amministrazione diretta, con materiali, utensili e mezzi propri o appositamente noleggiati e con personale dell'Ente;

b) per cottimo fiduciario, mediante affidamento ad imprese o persone di nota capacità ed idoneità, previa acquisizione di preventivi o progetti contenenti le condizioni di esecuzione dei lavori, i relativi prezzi, le modalità di pagamento, le penalità da applicare in caso di mancata o ritardata esecuzione ed ogni altra condizione ritenuta utile dall'Ente;

c) a regia, sotto la diretta sorveglianza di un dipendente dell'Ente formalmente incaricato, avvalendosi di un imprenditore cui spetta provvedere all'acquisto dei materiali, all'assunzione della mano d'opera ed a quanto altro occorra per l'esecuzione dei lavori anticipandone le spese.

Articolo 77
(Provviste in economia)

1. Il Direttore può incaricare un responsabile di provvedere direttamente all'acquisizione di beni o servizi per specifiche esigenze della struttura stessa.

2. Le provviste in economia possono essere eseguite previa acquisizione di almeno tre preventivi od offerte contenenti le condizioni di esecuzione, i relativi prezzi, le modalità di pagamento, le penalità da applicare in caso di ritardo o di mancata esecuzione e di ogni altra condizione ritenuta utile dall'Ente.

3. La scelta fra più preventivi deve ispirarsi ai seguenti criteri:

a) qualità della prestazione;

b) modalità e tempi di esecuzione;

c) prezzo.

4. Ove la scelta non cada sul preventivo di importo inferiore, la relativa determinazione deve essere adeguatamente motivata.

5. Quando si tratti di acquisti di materiali di consumo di importo non superiore L. 3.000.000 e di immediato impiego ovvero di beni la cui produzione è garantita da privativa industriale può prescindersi dalle formalità di cui al comma 2.

Articolo 78
(Casi particolari di ricorso al sistema in economia)

1. Possono essere eseguiti in economia, nei limiti di importo di cui all'articolo 75:

a) le provviste ed i lavori nel caso di rescissione e risoluzione di un contratto, quando ciò sia ritenuto necessario e conveniente per assicurare l'esecuzione nel tempo previsto dal contratto rescisso;

b) le provviste ed i lavori suppletivi, di completamento od accessori non previsti da contratti in corso di esecuzione e per i quali l'Ente non può avvalersi della facoltà di imporne l'esecuzione;

c) i lavori di completamento e riparazione in dipendenza di deficienza o di danni constatati dai collaudatori

e per i quali siano state effettuate le corrispondenti detrazioni agli appaltatori o ditte;

d) le operazioni di sdoganamento di materiali importati e relative assicurazioni.

Articolo 79

(Spese di rappresentanza)

1. Le spese di rappresentanza possono essere disposte unicamente per concrete ed obiettive esigenze di rappresentanza dell'Ente nei confronti di soggetti estranei al medesimo, conformi alle finalità istituzionali.

2. Le spese di rappresentanza devono far carico ad un apposito capitolo.

3. Le spese devono essere supportate da idonea documentazione giustificativa e documentate nei modi previsti dall'articolo 29; l'esposizione delle spese nei rendiconti avviene in maniera analitica, non globale o forfetaria, per evidenziare precisi riferimenti soggettivi, temporali e modali che consentano un'adeguata valutazione della rispondenza ai fini pubblici delle spese.

TITOLO IV
DISPOSIZIONI GENERALI

CAPO I
SCRITTURE CONTABILI

Articolo 80

(Scritture finanziarie e patrimoniali)

1. Le scritture finanziarie relative alla gestione del bilancio e del documento tecnico devono consentire di rilevare per ciascuna unità previsionale di base e ciascun capitolo, sia per la competenza, sia, separatamente, per i residui, la stipulazione degli accertamenti di entrata e degli impegni di spesa a fronte dei relativi stanziamenti, nonché la situazione delle somme riscosse e pagate e di quelle rimaste da riscuotere e da pagare.

2. Le scritture patrimoniali devono consentire la dimostrazione a valore del patrimonio all'inizio dell'esercizio finanziario, le variazioni intervenute nel corso dell'anno per effetto della gestione del bilancio e per altre cause, nonché la consistenza del patrimonio alla chiusura dell'esercizio.

Articolo 81

(Sistema di scritture)

1. Ciascun Ente deve tenere le seguenti scritture:

a) un partitario degli accertamenti, contenente lo stanziamento iniziale e le variazioni successive, le somme accertate, quelle riscosse e quelle rimaste da riscuotere per ciascuna unità previsionale e ciascun capitolo d'entrata;

b) un partitario degli impegni, contenente lo stanziamento iniziale e le variazioni successive, le somme impegnate, quelle pagate e quelle rimaste da pagare per per ciascuna unità previsionale e ciascun capitolo di spesa;

c) un partitario dei residui, contenente, per ciascuna unità previsionale, per capitolo e per esercizio di provenienza, la consistenza dei residui all'inizio dell'esercizio, le somme riscosse o pagate, le somme rimaste da riscuotere o da pagare;

d) il giornale cronologico delle ordinativi e dei titoli emessi;

e) il registro degli inventari, contenente la descrizione, la valutazione dei beni dell'Ente all'inizio dell'esercizio, le variazioni intervenute nelle singole voci nel corso dell'esercizio per effetto della gestione del bilancio o per altre cause (ammortamenti, deperimenti, sopravvenienze, insussistenza, ecc.) nonché la consistenza alla chiusura dell'esercizio.

Articolo 82

(Sistemi di elaborazione automatica dei dati)

1. Per la tenuta delle scritture finanziarie e patrimoniali gli enti possono avvalersi, in relazione alle effettive esigenze, di sistemi di elaborazione automatica dei dati ai fini delle semplificazioni delle procedure e della migliore produttività dei servizi.

CAPO II
RESPONSABILITÀ DEGLI AMMINISTRATORI E DEI CAPI DEGLI UFFICI DEGLI ENTI

Articolo 83

(Obbligo di denunzia)

1. Gli amministratori ed i responsabili delle strutture che vengono a conoscenza, direttamente o a seguito di rapporto cui siano tenuti i titolari degli uffici ad essi sottoposti, di fatti dannosi per la finanza pubblica che siano imputabili agli amministratori o a dipendenti dell'Ente, debbono farne tempestiva denunzia, dopo aver compiuto gli accertamenti amministrativi al riguardo, indicando tutti gli elementi raccolti per l'accertamento delle responsabilità e per la determinazione dei danni, alla competente Procura regionale della Corte dei Conti.

TITOLO V
DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

CAPO I
DISPOSIZIONI TRANSITORIE

Articolo 84

(Applicazione)

1. Il presente decreto trova applicazione, per quanto

attiene alle disposizioni sulla formazione e la gestione del bilancio di previsione e del rendiconto generale, a decorrere dal bilancio pluriennale di previsione per gli anni 2001-2003 e dal bilancio per l'anno 2001.

Articolo 85

(Riclassificazione dei residui attivi e passivi e delle somme trasferite)

1. In sede di prima applicazione del presente Regolamento al bilancio pluriennale di previsione per gli anni 2001-2003 ed al bilancio per l'anno 2001, i residui attivi e passivi sono riclassificati in base alla nuova classificazione prevista nel bilancio di previsione.

2. Le quote degli stanziamenti delle spese in conto capitale, non impegnate alla chiusura dell'esercizio finanziario relativo al 2000, sono trasferite al bilancio pluriennale di previsione per gli anni 2001-2003 e per l'anno 2001 secondo la procedura prevista dall'articolo 21, comma 2, ove occorra provvedendo alla loro riclassificazione.

Articolo 86

(Residui di stanziamento)

1. In fase di prima applicazione del presente Regolamento, i residui di stanziamento formatisi ai sensi degli articoli 16, comma 4, e 36, comma 4, del D.P.G.R. 12 settembre 1986, n. 0417/Pres. sono trasferiti, quali somme a destinazione vincolata, al bilancio di previsione per gli anni 2001-2003 e per l'anno 2001, secondo la procedura prevista dall'articolo 21, comma 4.

Articolo 87

(Concessione di anticipazioni sul prezzo)

1. I vincoli alla concessione di anticipazioni sul prezzo di cui all'articolo 74, comma 6, non si applicano ai contratti già aggiudicati alla data del 29 marzo 1997.

CAPO II

DISPOSIZIONI TRANSITORIE CONSEGUENTI ALL'INTRODUZIONE DELL'EURO

Articolo 88

(Adempimenti conseguenti all'introduzione dell'Euro)

1. In esecuzione delle disposizioni comunitarie e nazionali relative al passaggio alla moneta unica Europea, sino al 31 dicembre 2001:

a) la contabilità viene tenuta in lire;

b) la predisposizione del bilancio di previsione e del rendiconto viene effettuata in lire;

c) l'Ente deve individuare i documenti contabili, riferiti agli esercizi finanziari sino al 31 dicembre 2001, per i quali vanno indicati in appositi allegati gli importi riassuntivi in Euro;

d) gli estratti dei bilanci di previsione, dei rendiconti generali e delle variazioni di bilancio devono essere prodotti anche in Euro.

Articolo 89

(Pagamenti e versamenti in Euro ed attività contrattuale)

1. Nel periodo transitorio di introduzione della moneta unica Europea i creditori possono, a richiesta, ottenere i pagamenti in Euro ed i debitori possono effettuare in Euro i versamenti, qualora le operazioni di pagamento e versamento non avvengano in contanti.

2. Nell'ambito di ogni singola obbligazione pecuniaria la richiesta di utilizzo dell'Euro quale mezzo di adempimento si intende riferita a tutti i pagamenti o versamenti, successivi alla richiesta, inerenti alla medesima obbligazione, e rimane ferma fino all'estinzione di quest'ultima.

3. Trova applicazione la normativa statale intesa ad adeguare la disciplina in materia di stipula e di esecuzione dei contratti delle pubbliche amministrazioni per appalti di lavori, forniture e servizi alle esigenze derivanti dall'introduzione dell'Euro, con particolare riguardo alle disposizioni concernenti, nei casi di procedure di gara comunitarie, la redazione dei bandi di gara, degli avvisi, delle lettere di invito e comunque degli altri atti preliminari dichiarativi dell'oggetto e delle condizioni del contratto con l'indicazione del valore della prestazione espresso in lire e in Euro, e la garanzia per il privato contraente della facoltà di esprimere in lire o in Euro la propria offerta.

CAPO III

DISPOSIZIONI FINALI

Articolo 90

(Abrogazioni)

1. È abrogato il Decreto del Presidente della Giunta 12 settembre 1986, n. 0417/Pres., e successive modificazioni ed integrazioni, eccezion fatta per le disposizioni relative alle materie indicate all'articolo 84 del presente Titolo, che restano in vigore limitatamente all'esercizio finanziario 2000.

Articolo 91

(Rinvio alle norme di contabilità generale dello Stato)

1. Per quanto non previsto dalle disposizioni del presente Regolamento, si applicano, in quanto compatibili, le norme della legge e del regolamento per l'amministrazione del patrimonio e per la contabilità generale dello Stato.

VISTO: IL PRESIDENTE: ANTONIONE

ALLEGATO A)

STATO DI PREVISIONE DELL'ENTRATA
ENTRATE EFFETTIVE

UNITA' PREVISIONALE DI BASE			TRIENNIO	STANZIAMENTI				CASSA (R+C)
		Residui attivi	2000-2002	2000	2001	2002		
		presunti (R)	2001-2003		2001 (C)	2002	2003	
numero	denominazione							
	Avanzo di amministrazione presunto							
	Fondo iniziale di cassa							
	TITOLO I ENTRATE DERIVANTI DA TRASFERIMENTI CORRENTI							
	CATEGORIA I TRASFERIMENTI DA PARTE DELLO STATO							
	....							
	....							
	Totale categoria I							
	CATEGORIA II TRASFERIMENTI DA PARTE DELLA REGIONE							
	....							
	....							
	Totale categoria II							
	CATEGORIA III TRASFERIMENTI DA PARTE DEI COMUNI E DELLE PROVINCE							
	....							
	....							
	Totale categoria III							

STATO DI PREVISIONE DELL'ENTRATA
ENTRATE EFFETTIVE

UNITA' PREVISIONALE DI BASE		Residui attivi presunti (R)	TRIENNIO	STANZIAMENTI				CASSA (R+C)
			2000-2002	2000	2001	2002		
			2001-2003		2001 (C)	2002	2003	
[illegible]	denominazione							
	CATEGORIA IV TRASFERIMENTI DA PARTE DI ALTRI ENTI DEL SETTORE PUBBLICO							
	…							
	…							
	Totale categoria IV							
	TOTALE TITOLO I							
	TITOLO II ALTRE ENTRATE							
	CATEGORIA V ENTRATE DERIVANTI DALLA VENDITA DI BENI E DALLA PRESTAZIONE DI SERVIZI							
	…							
	…							
	Totale categoria V							
	CATEGORIA VI REDDITI E PROVENTI PATRIMONIALI							
	…							
	…							
	Totale categoria VI							
	CATEGORIA VII POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE DI SPESE CORRENTI							
	…							
	…							
	Totale categoria VII							

STATO DI PREVISIONE DELL'ENTRATA
ENTRATE EFFETTIVE

UNITA' PREVISIONALE DI BASE			TRIENNIO	STANZIAMENTI				CASSA (R+C)
		Residui attivi	2000-2002	2000	2001	2002		
		presunti (R)	2001-2003		2001 (C)	2002	2003	
numero	denominazione							
	CATEGORIA VIII							
	ENTRATE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI							
	....							
	....							
	Totale categoria VIII							
	TOTALE TITOLO II							
	TOTALE ENTRATE CORRENTI							
	TITOLO III ENTRATE PER ALIENAZIONE DI BENI PATRIMONIALI E RISCOSSIONE DI CREDITI							
	CATEGORIA IX							
	ALIENAZIONE DI IMMOBILI E DIRITTI REALI							
	....							
	....							
	Totale categoria IX							
	CATEGORIA X							
	ALIENAZIONE DI IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE							
	....							
	....							
	Totale categoria X							
	CATEGORIA XI							
	REALIZZO DI VALORI MOBILIARI							
	....							
	....							
	Totale categoria XI							

STATO DI PREVISIONE DELL'ENTRATA
ENTRATE EFFETTIVE

UNITA' PREVISIONALE DI BASE		Residui attivi presunti (R)	TRIENNIO	STANZIAMENTI				CASSA (R+C)
			2000-2002	2000	2001	2002		
			2001-2003		2001 (C)	2002	2003	
numero	denominazione							
	CATEGORIA XII RISCOSSIONI DI CREDITI							
	....							
	....							
	Totale categoria XII							
	TOTALE TITOLO III							
	TITOLO IV ENTRATE DERIVANTI DA TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE							
	CATEGORIA XIII TRASFERIMENTI DALLO STATO							
	....							
	....							
	Totale categoria XIII							
	CATEGORIA XIV TRASFERIMENTI DALLA REGIONE							
	....							
	....							
	Totale categoria XIV							
	CATEGORIA XV TRASFERIMENTO DA COMUNI E PROVINCE							
	....							
	....							
	Totale categoria XV							

STATO DI PREVISIONE DELL'ENTRATA
ENTRATE EFFETTIVE

UNITA' PREVISIONALE DI BASE			TRIENNIO	STANZIAMENTI				CASSA (R+C)
		Residui attivi presunti (R)	2000-2002 / 2001-2003	2000	2001 / 2001 (C)	2002 / 2002	2003	
numero	denominazione							
	CATEGORIA XVI TRASFERIMENTI DA ALTRI ENTI DEL SETTORE PUBBLICO							
	....							
	....							
	Totale categoria XVI							
	TOTALE TITOLO IV							
	TITOLO V ACCENSIONE DI PRESTITI							
	CATEGORIA XVII ASSUNZIONI DI MUTUI							
	....							
	....							
	Totale categoria XVII							
	CATEGORIA XVIII ASSUNZIONE DI ALTRI DEBITI FINANZIARI							
	....							
	....							
	Totale categoria XVIII							
	TOTALE TITOLO V							

STATO DI PREVISIONE DELL'ENTRATA
ENTRATE EFFETTIVE

			TRIENNIO	STANZIAMENTI				CASSA (R+C)
UNITA' PREVISIONALE DI BASE		Residui attivi	2000-2002	2000	2001	2002		
		presunti (R)	2001-2003		2001 (C)	2002	2003	
numero	denominazione							
	RIEPILOGO DEI TITOLI							
	TITOLO I							
	TITOLO II							
	TITOLO III							
	TITOLO IV							
	TITOLO V							
	TOTALE DELLE ENTRATE							
	Avanzo di amministrazione							
	Fondo iniziale di cassa							
	TOTALE GENERALE ENTRATE EFFETTIVE							

STATO DI PREVISIONE DELL'ENTRATA
ENTRATE PER PARTITE DI GIRO

UNITA' PREVISIONALE DI BASE		Residui attivi presunti (R)	TRIENNIO	STANZIAMENTI				CASSA (R+C)
			2000-2002	2000	2001	2002		
			2001-2003		2001 (C)	2002	2003	
numero	denominazione							
	TOTALE DELLE ENTRATE PER PARTITE DI GIRO							

STATO DI PREVISIONE DELL'ENTRATA

UNITA' PREVISIONALE DI BASE		Residui attivi presunti (R)	TRIENNIO 2000-2002 / 2001-2003	STANZIAMENTI 2000	2001 / 2001 (C)	2002 / 2002	2003	CASSA (R+C)
numero	denominazione							
	RIASSUNTO GENERALE							
	TOTALE DELLE ENTRATE EFFETTIVE							
	TOTALE DELLE ENTRATE PER PARTITE DI GIRO							
	TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE							

STATO DI PREVISIONE DELLA SPESA
SPESE EFFETTIVE

UNITA' PREVISIONALE DI BASE		Residui passivi presunti (R)	Somme trasferite presunte (T)	TRIENNIO	STANZIAMENTI				CASSA (R+T+C)
				2000-2002	2000	2001	2002		
				2001-2003		2001 (C)	2002	2003	
numero	denominazione								
	FUNZIONI-OBIETTIVO								
	TITOLO I SPESE CORRENTI								
	....								
	....								
	totale titolo I								
	TITOLO II SPESE IN CONTO CAPITALE								
	....								
	....								
	totale titolo II								
	TITOLO III ESTINZIONI DI MUTUI ED ANTICIPAZIONI								
	....								
	....								
	totale titolo III								
	RIEPILOGO *FUNZIONE-OBIETTIVO*								
	TITOLO I								
	TITOLO II								
	TITOLO III								
	TOTALE FUNZIONE-OBIETTIVO								

STATO DI PREVISIONE DELLA SPESA
SPESE EFFETTIVE

UNITA' PREVISIONALE DI BASE				TRIENNIO	STANZIAMENTI				CASSA (R+T+C)
		Residuipassivi presunti (R)	Somme trasferite presunte (T)	2000-2002	2000	2001	2002		
				2001-2003		2001 (C)	2002	2003	
numero	denominazione								
	Riepilogo generale delle funzioni- obiettivo								
	TOTALE FUNZIONE OBIETTIVO								
	TOTALE FUNZIONE OBIETTIVO								
	TOTALE FUNZIONE OBIETTIVO								
	TOTALE FUNZIONE OBIETTIVO								
	TOTALE DELLE SPESE								
	Disavanzo di Amministrazione								
	TOTALE GENERALE DELLE SPESE EFFETTIVE								

STATO DI PREVISIONE DELLA SPESA
SPESE PER PARTITE DI GIRO

UNITA' PREVISIONALE DI BASE				TRIENNIO	STANZIAMENTI				CASSA (R+T+C)
		Residui passivi presunti (R)	Somme trasferite presunte (T)	2000-2002 2001-2003	2000	2001 2001 (C)	2002 2002	2003	
[illegible]	denominazione								
	TOTALE DELLE SPESE PER PARTITE DI GIRO								

STATO DI PREVISIONE DELLA SPESA

UNITA' PREVISIONALE DI BASE		Residui passivi presunti (R)	Somme trasferite presunte (T)	TRIENNIO 2000-2002 / 2001-2003	STANZIAMENTI 2000	2001 / 2001 (C)	2002 / 2002	2003	CASSA (R+T+C)
[illegible]	denominazione								
	RIASSUNTO GENERALE								
	TOTALE DELLE SPESE EFFETTIVE								
	TOTALE DELLE SPESE PER PARTITE DI GIRO								
	TOTALE GENERALE DELLE SPESE								

ALLEGATO B)

TABELLA DIMOSTRATIVA DELL'AVANZO O DISAVANZO DI AMMINISTRAZIONE PRESUNTO AL TERMINE DELL'ESERCIZIO

Fondo di cassa all'inizio dell'esercizio	....	
Residui attivi all'inizio dell'esercizio	+	
	....	
Residui passivi all'inizio dell'esercizio	-	
	....	
Avanzo o disavanzo di amministrazione dell'esercizio in corso		....
Variazione nei residui attivi:		
– già verificatesi durante l'esercizio in corso	....	
– presunte per il restante periodo dell'esercizio	....	
Variazione nei residui passivi:		
– già verificatesi durante l'esercizio in corso	....	
– presunte per il restante periodo dell'esercizio	....	....
Entrate:		
– già accertate durante l'esercizio in corso	....	
– presunte per il restante periodo dell'esercizio	....	
Spese (ivi comprese le somme trasferite all'esercizio in corso):		
– già impegnate durante l'esercizio in corso	....	
– presunte per il restante periodo dell'esercizio	....	____________
Somme trasferite al bilancio dell'esercizio successivo	....	
Avanzo (o disavanzo) da applicare al bilancio dell'esercizio successivo	....	
TOTALE		____________

L'utilizzazione dell'avanzo di amministrazione risulta così prevista:

cap. L.
cap. L.
cap. L.

ALLEGATO: C)

CONTO DEL PATRIMONIO

CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ	CONSISTENZA all'inizio dell'esercizio	VARIAZIONI AVVENUTE DURANTE L'ESERCIZIO				CONSISTENZA al termine dell'esercizio	CLASSIFICAZIONE DELLE PASSIVITÀ	CONSISTENZA all'inizio dell'esercizio	VARIAZIONI AVVENUTE DURANTE L'ESERCIZIO				CONSISTENZA al termine dell'esercizio
		IN AUMENTO		IN DIMINUZIONE					IN AUMENTO		IN DIMINUZIONE		
		Derivanti dalla gestione di bilancio	Derivanti da altre cause	Derivanti dalla gestione di bilancio	Derivanti da altre cause				Derivanti dalla gestione di bilancio	Derivanti da altre cause	Derivanti dalla gestione di bilancio	Derivanti da altre cause	
ATTIVITÀ FINANZIARIE ATTIVITÀ DISPONIBILI (Beni immobili, mobili, crediti, titoli di credito) ATTIVITÀ NON DISPONIBILI ATTIVITÀ DIVERSE							PASSIVITÀ FINANZIARIE PASSIVITÀ DIVERSE						
TOTALE							TOTALE						
AUMENTO O DIMINUZIONE nella consistenza delle attività		—					AUMENTO O DIMINUZIONE nella consistenza delle passività		—				
Eccedenza delle passività all'inizio dell'esercizio al termine dell'esercizio MIGLIORAMENTO o PEGGIORAMENTO PATRIMONIALE	—	—				—	Eccedenza delle attività all'inizio dell'esercizio al termine dell'esercizio MIGLIORAMENTO o PEGGIORAMENTO PATRIMONIALE	—	—				—
TOTALE A PAREGGIO							TOTALE A PAREGGIO						

VISTO: IL PRESIDENTE: ANTONIONE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 5 maggio 2000, n. 1241.

D.M. 14 dicembre 1994. Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera. Approvazione del tariffario regionale per il 2000.

LA GIUNTA REGIONALE

RICHIAMATE le disposizioni del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, dei decreti ministeriali 15 aprile 1994 e 14 dicembre 1994, delle leggi 23 dicembre 1994, n. 724 e 28 dicembre 1995, n. 549, del decreto ministeriale 30 giugno 1997 e del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, in materia di tariffe ospedaliere;

RICHIAMATA la deliberazione giuntale del 15 gennaio 1999, n. 32, con la quale è stato approvato il tariffario regionale delle prestazioni di assistenza ospedaliera, inerente al 1999;

VISTA la deliberazione giuntale del 17 dicembre 1999, n. 3912 - registrata alla Corte dei Conti il 31 gennaio 2000 (atti della Regione Friuli-Venezia Giulia, registro 1, foglio 42) - con cui sono state approvate le «Linee per la gestione del Servizio sanitario regionale nel 2000», che stabiliscono, tra l'altro, le regole per il finanziamento delle Aziende sanitarie regionali;

RITENUTO di mantenere invariata, per il 2000, la struttura del tariffario delle prestazioni di assistenza ospedaliera per quanto riguarda la classificazione delle strutture regionali di ricovero nelle seguenti due fasce, ai soli fini dell'applicazione delle tariffe:

Fascia A - Strutture incluse nella rete di emergenza sanitaria, ovvero sede di attività di ricerca o sede di attività didattica universitaria (allegato A);

Fascia B - Altre strutture non rientranti nella fascia precedente (allegato B).

ATTESO che la revisione ed approvazione di un nuovo tariffario regionale a valere per il 2000 è necessaria al fine di rendere coerente il sistema di remunerazione dell'attività ospedaliera con le regole di finanziamento definite per l'anno 2000 e con il numero di ricoveri attesi come previsto dal Piano di intervento a medio termine (PIMT) 2000-2002 approvato con deliberazione giuntale del 10 dicembre 1999, n. 3854;

RAVVISATA l'opportunità:

- di introdurre ulteriori Diagnosis Related Groups (D.R.G.) in degenza breve;
- di ridefinire la tariffa dei D.R.G. in degenza breve, che dal 70% passa al 100% del ricovero ordinario (allegato 5);
- di introdurre alcune prestazioni, oggetto di remunerazione aggiuntiva extra-tariffa D.R.G., correlate a prestazioni di assistenza ospedaliera, per le quali i criteri di finanziamento sono riportati nell'allegato 7;

RITENUTO di confermare:

- i criteri utili alla valorizzazione dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera in regime di degenza (allegato 6) per i quali il valore soglia è determinato in 40 giorni, con abbattimento della tariffa giornaliera al 60% per i giorni di degenza riabilitativa superiori al 40° giorno;
- la valorizzazione dei ricoveri ordinari di una sola giornata (inferiori alle 24 ore), nel caso di trasferimento ad altro istituto di ricovero o di decesso del paziente, che è pari a due volte la tariffa per i ricoveri di un giorno;

RITENUTO, altresì, di valorizzare l'attività di ricovero, per l'anno 2000, come segue:

a) agli accolti dopo l'1 gennaio 1996 e dimessi dall'1 gennaio 2000 al 31 dicembre 2000 si applicano le tariffe di cui al presente atto.

   I ricoveri ordinari con degenza superiore al «valore soglia» vengono valorizzati:

   - a tariffa D.R.G. fino al «valore soglia»;
   - sulla base dell'incremento «pro die» specifico fino a 60 giorni oltre il «valore soglia»;
   - sulla base dell'incremento «pro die» specifico per le ulteriori giornate di degenza fino al limite massimo della tariffa giornaliera di lire 365.000;

b) agli accolti prima dell'1 gennaio 1996 e dimessi dall'1 gennaio 2000 al 31 dicembre 2000 si applicano le tariffe di cui al presente atto, a far data dal 1° gennaio 1996 secondo i criteri di cui al precedente punto a);

PRECISATO che i ricoveri erogati nell'anno 2000 e valorizzati secondo il criterio di cui ai precedenti punti a) e b), ai fini della definizione del finanziamento alle strutture erogatrici, rientrano nel calcolo dei tetti afferenti all'esercizio contabile 2000;

RITENUTO, coerentemente con le disposizioni impartite per gli anni precedenti, di applicare anche all'anno 2000 il seguente criterio di recupero mensile delle Schede di dimissione ospedaliere (S.D.O.) non inserite:

- per ciascun mese dell'anno vengono recuperate le S.D.O. non inserite entro i 30 giorni dalla dimissione, nella misura massima dell'1% dei dimessi nel mese considerato. Tali S.D.O. vengono valorizzate alla tariffa media calcolata sulle stesse S.D.O. non inserite nel mese considerato;

STABILITO che le tariffe, di cui al presente atto, sono applicate ai ricoveri erogati ad utenti regionali ed extra-regionali, salvo, per questi ultimi, diversa disposizione circa il recepimento delle intese interregionali riguardanti l'adozione della tariffa unica di cui al decreto ministeriale 30 giugno 1997 ai soli fini della valorizzazione e della produzione degli addebiti attraverso il meccanismo della compensazione della mobilità sanitaria;

RITENUTO, in base a quanto fin qui esposto, di approvare il tariffario regionale, per le prestazioni di assistenza ospedaliera da applicare a partire dall'1 gennaio 2000, come risulta dagli allegati 1 e 2, di fascia A, dagli allegati 3 e 4, di fascia B, e dagli allegati 5 - 6 e 7, facenti parte integrante della presente deliberazione;

SU PROPOSTA dell'Assessore regionale alla Sanità e alle Politiche Sociali, all'unanimità,

DELIBERA

1. Di classificare, ai soli fini dell'applicazione delle tariffe, le strutture regionali di ricovero nelle fasce A e B, secondo quanto indicato negli allegati A e B facenti parte integrante del presente provvedimento.
2. Di approvare, per i motivi esposti in narrativa, il tariffario regionale delle prestazioni di assistenza ospedaliera per il 2000 come risulta dagli allegati 1 e 2, di fascia A, dagli allegati 3 e 4, di fascia B, e dagli allegati 5 - 6 e 7, facenti parte integrante del presente provvedimento.
3. Di valorizzare l'attività di ricovero per l'anno 2000 sulla base degli accoglimenti e delle dimissioni dei pazienti come temporalmente indicati nella parte narrativa del presente atto che qui s'intende integralmente richiamata.
4. Di applicare, anche nel 2000, il criterio del recupero mensile fino all'1% delle Schede di dimissioni ospedaliere (S.D.O.) non inserite in termini, con le modalità specificamente indicate nelle premesse che qui vengono integralmente richiamate.
5. Di stabilire che il tariffario, approvato con la presente deliberazione, si applica anche ai ricoveri erogati ad utenti residenti fuori regione, salvo, per essi, il recepimento delle intese interregionali sull'adozione della tariffa unica, di cui al decreto ministeriale 30 giugno 1997, ai soli fini della valorizzazione e produzione degli addebiti tramite il meccanismo della compensazione finanziaria della mobilità sanitaria interregionale.
6. A decorrere dal 1º gennaio 2000 il predetto tariffario sostituisce il precedente, approvato con deliberazione giuntale del 15 gennaio 1999, n. 32.
7. Il presente provvedimento, corredato dagli allegati A, B, 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7 verrà pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione.

IL VICEPRESIDENTE: CIANI
IL SEGRETARIO: BELLAROSA

ALLEGATO A

Elenco strutture di Fascia A

Ospedali Riuniti	Trieste
Burlo Garofolo	Trieste
Santa Maria della Misericordia	Udine
Policlinico Universitario	Udine
Centro Riferimento Oncologico	Aviano
Vittorio Emanuele	Gorizia
Ospedale Civile Monfalcone	Monfalcone
Sant'Antonio Abate	Tolmezzo
San Michele	Gemona Del Friuli
Santa Maria dei Battuti	Cividale del Friuli
Sant'Antonio	San Daniele del Friuli
Palmanova	Palmanova
Latisana	Latisana
Santa Maria dei Battuti	San Vito al Tagliamento
Immacolata Concezione	Maniago
San Giovanni dei Battuti	Spilimbergo
Santa Maria degli Angeli	Pordenone
Sacile	Sacile

VISTO: IL VICEPRESIDENTE: CIANI
VISTO: IL SEGRETARIO: BELLAROSA

ALLEGATO B

Elenco strutture di Fascia B

Gervasutta	Udine
C.d.C. Sanatorio Triestino	Trieste
C.d.C. Salus	Trieste
Pineta del Carso S.p.A. - C.d.C.	Duino-Aurisina (Trieste)
C.d.C. Città di Udine	Udine
C.d.C. «San Giorgio»	Pordenone

VISTO: IL VICEPRESIDENTE: CIANI
VISTO: IL SEGRETARIO: BELLAROSA

ALLEGATO 1 - FASCIA A

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

(Importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
1	1	C	CRANIOTOMIA ETA' > 17, ECCETTO PER TRAUMATISMO	19.067	612	57	521
2	1	C	CRANIOTOMIA ETA' > 17 PER TRAUMATISMO	17.229	930	34	611
3	1	C	CRANIOTOMIA ETA' < 18	17.866	588	54	611
4	1	C	INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE	12.967	503	47	331
5	1	C	INTERVENTI SUI VASI EXTRACRANICI	9.549	638	31	530
6	1	C	DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	3.030	3.030	11	560
7	1	C	INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO CON CC	14.539	526	83	419
8	1	C	INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	5.585	591	25	344
9	1	M	MALATTIE E TRAUMATISMI DEL MIDOLLO SPINALE	10.664	554	41	461
10	1	M	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	9.936	572	63	494
11	1	M	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO SENZA CC	6.500	535	50	451
12	1	M	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	8.132	469	48	403
13	1	M	SCLEROSI MULTIPLA E ATASSIA CEREBELLARE	5.367	461	43	409
14	1	M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCETTO ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO	7.917	483	52	396
15	1	M	ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO E OCCLUSIONI PRECEREBRALI	4.961	469	24	399
16	1	M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE CON CC	7.935	509	41	418
17	1	M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE SENZA CC	5.696	448	37	269
18	1	M	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI CON CC	6.561	499	37	411
19	1	M	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC	5.028	483	33	307
20	1	M	INFEZIONI DEL SISTEMA NERVOSO ECCETTO MENINGITE VIRALE	11.043	645	55	368
21	1	M	MENINGITE VIRALE	6.124	491	31	286
22	1	M	ENCEFALOPATIA IPERTENSIVA	6.759	507	31	437
23	1	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE NON TRAUMATICA	5.578	471	41	344
24	1	M	CONVULSIONI E CEFALEA ETA' > 17 CON CC	5.418	549	31	428
25	1	M	CONVULSIONI E CEFALEA ETA' > 17 SENZA CC	4.131	495	25	315
26	1	M	CONVULSIONI E CEFALEA ETA' < 18	3.486	612	19	526
27	1	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA > 1 ORA	9.103	639	37	493
28	1	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' > 17 CON CC	8.496	622	31	512
29	1	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' > 17 SENZA CC	4.336	538	14	447
30	1	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' < 18	2.841	738	7	591
31	1	M	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA' > 17 CON CC	4.219	857	25	657
32	1	M	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA' > 17 SENZA CC	2.826	732	11	344
33	1	M	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA' < 18	2.233	848	7	679
34	1	M	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO, CON CC	8.660	582	49	512
35	1	M	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO, SENZA CC	5.696	503	41	429
36	2	C	INTERVENTI SULLA RETINA	5.733	554	24	373
37	2	C	INTERVENTI SULL'ORBITA	6.786	1.086	28	488

ALLEGATO 1 - FASCIA A

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

(Importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
38	2	C	INTERVENTI PRIMARI SULL'IRIDE	3.946	505	17	450
39	2	C	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	3.785	3.785	14	490
40	2	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA, ETA' > 17	2.932	622	11	527
41	2	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA, ETA' < 18	2.677	1.020	7	530
42	2	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	4.926	601	21	396
43	2	M	IFEMA	2.351	486	14	359
44	2	M	INFEZIONI ACUTE MAGGIORI DELL'OCCHIO	4.811	495	27	306
45	2	M	MALATTIE NEUROLOGICHE DELL'OCCHIO	4.521	599	25	498
46	2	M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' > 17 CON CC	5.024	579	29	489
47	2	M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' > 17 SENZA CC	3.800	537	23	455
48	2	M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' < 18	3.303	640	15	569
49	3	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL CAPO E SUL COLLO	14.034	547	71	394
50	3	C	SIALOADENECTOMIA	5.447	577	24	450
51	3	C	INTERVENTI SULLE GHIANDOLE SALIVARI ECCETTO SIALOADENECTOMIA	4.775	587	17	445
52	3	C	RIPARAZIONE DI CHEILOSCHISI E DI PALATOSCHISI	4.803	497	18	425
53	3	C	INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA' > 17	4.510	4.510	17	394
54	3	C	INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA' < 18	4.215	4.215	21	323
55	3	C	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	4.030	4.030	14	445
56	3	C	RINOPLASTICA	3.350	668	14	425
57	3	C	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCETTO SOLO TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDEC ETA'>17	2.988	2.988	11	378
58	3	C	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCETTO SOLO TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA ETA' <18	2.826	2.826	5	508
59	3	C	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA' > 17	2.055	2.055	7	358
60	3	C	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA' < 18	1.361	1.361	5	457
61	3	C	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, ETA' > 17	4.763	4.763	15	733
62	3	C	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, ETA' < 18	2.722	2.722	7	594
63	3	C	ALTRI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	6.557	625	24	410
64	3	M	NEOPLASIE MALIGNE DI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	7.098	572	37	460
65	3	M	ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO	3.870	495	24	431
66	3	M	EPISTASSI	3.244	556	17	342
67	3	M	EPIGLOTTIDITE	3.614	723	17	527
68	3	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 CON CC	5.066	542	27	489
69	3	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 SENZA CC	3.620	485	17	425
70	3	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' < 18	2.747	532	11	376
71	3	M	LARINGOTRACHEITE	3.371	523	11	500
72	3	M	TRAUMATISMI E DEFORMITA' DEL NASO	3.978	747	14	575
73	3	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' > 17	4.319	627	17	521
74	3	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' < 18	2.780	732	7	554

ALLEGATO 1 - FASCIA A

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

(Importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
75	4	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE	14.788	667	48	443
76	4	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO, CON CC	14.004	549	64	431
77	4	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC	5.406	460	45	411
78	4	M	EMBOLIA POLMONARE	8.664	495	55	413
79	4	M	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 CON CC	13.456	469	79	408
80	4	M	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 SENZA CC	9.813	408	92	375
81	4	M	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' < 18	8.708	658	41	587
82	4	M	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	7.686	521	47	339
83	4	M	TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE, CON CC	4.876	575	24	456
84	4	M	TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE, SENZA CC	2.965	535	17	441
85	4	M	VERSAMENTO PLEURICO, CON CC	8.814	505	51	460
86	4	M	VERSAMENTO PLEURICO, SENZA CC	7.750	490	48	281
87	4	M	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	6.379	546	31	433
88	4	M	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	5.818	414	31	364
89	4	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 CON CC	8.004	484	38	425
90	4	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 SENZA CC	5.340	391	31	251
91	4	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' < 18	3.927	489	17	448
92	4	M	MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE, CON CC	9.477	466	44	408
93	4	M	MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE, SENZA CC	6.299	443	39	396
94	4	M	PNEUMOTORACE, CON CC	8.650	513	41	441
95	4	M	PNEUMOTORACE, SENZA CC	4.548	434	24	373
96	4	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 CON CC	4.788	445	28	386
97	4	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 SENZA CC	3.758	396	27	263
98	4	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' < 18	3.101	509	17	469
99	4	M	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, CON CC	5.193	441	41	292
100	4	M	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, SENZA CC	3.853	409	37	217
101	4	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, CON CC	6.041	560	34	472
102	4	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC	3.627	519	25	451
103	5	C	TRAPIANTO CARDIACO	100.755	1.877	70	1.166
104	5	C	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE CON CATETERISMO CARDIACO	36.956	2.069	48	1.360
105	5	C	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE SENZA CATETERISMO CARDIACO	31.242	1.412	38	631
106	5	C	BYPASS CORONARICO CON CATETERISMO CARDIACO	31.455	2.008	52	1.320
107	5	C	BYPASS CORONARICO SENZA CATETERISMO CARDIACO	26.035	1.043	29	575
108	5	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE	22.911	1.238	32	753
110	5	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, CON CC	20.554	955	61	570
111	5	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, SENZA CC	12.601	652	45	466
112	5	C	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA	12.497	12.497	24	705

ALLEGATO 1 - FASCIA A

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

(Importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
113	5	C	AMPUTAZIONE PER DISTURBI CIRCOLATORI ECCETTO AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE	19.055	578	37	432
114	5	C	AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE PER MALATTIE APPARATO CIRCOLATORIO	12.992	460	82	476
115	5	C	IMPIANTO PACEMAKER CARDIACO PERMANENTE CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO, INSUFFICIENZA CARDIACA O SHOCK	21.335	21.335	41	881
116	5	C	ALTRI INTERVENTI PER IMPIANTO DI PACEMAKER CARDIACO PERMANENTE O DI DEFIBRILLATORE AUTOMATICO (AICD) O DI GENERATORE DI IMPULSI	13.998	13.998	24	730
117	5	C	REVISIONE DEL PACEMAKER CARDIACO, ECCETTO SOSTITUZIONE	9.825	9.825	28	602
118	5	C	SOSTITUZIONE DI PACEMAKER CARDIACO	13.018	13.018	32	523
119	5	C	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	3.828	3.828	14	494
120	5	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO CIRCOLATORIO	13.362	709	65	630
121	5	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO E COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI DIMESSI VIVI	9.848	596	32	479
122	5	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO SENZA COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI DIMESSI VIVI	7.842	591	26	472
123	5	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO, MORTI	7.079	878	27	616
124	5	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI COMPLICATA	7.303	7.303	37	728
125	5	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI NON COMPLICATA	3.503	3.503	14	497
126	5	M	ENDOCARDITE ACUTA E SUBACUTA	16.854	530	98	453
127	5	M	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	6.234	480	34	401
128	5	M	TROMBOFLEBITE DELLE VENE PROFONDE	5.302	425	31	371
129	5	M	ARRESTO CARDIACO SENZA CAUSA APPARENTE	8.148	668	56	405
130	5	M	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, CON CC	7.108	503	48	431
131	5	M	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, SENZA CC	4.926	456	39	399
132	5	M	ATEROSCLEROSI, CON CC	6.113	502	34	305
133	5	M	ATEROSCLEROSI, SENZA CC	4.399	466	34	281
134	5	M	IPERTENSIONE	4.064	472	27	298
135	5	M	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' > 17 CON CC	6.135	533	34	431
136	5	M	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' > 17 SENZA CC	4.204	481	35	424
137	5	M	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' < 18	6.454	936	19	718
138	5	M	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, CON CC	6.518	648	31	560
139	5	M	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, SENZA CC	3.820	491	25	422
140	5	M	ANGINA PECTORIS	4.394	497	24	425
141	5	M	SINCOPE E COLLASSO, CON CC	4.873	531	27	316
142	5	M	SINCOPE E COLLASSO, SENZA CC	3.637	489	21	288
143	5	M	DOLORE TORACICO	4.526	771	19	683
144	5	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO CON CC	7.953	579	37	474
145	5	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO SENZA CC	5.414	508	41	441
146	6	C	RESEZIONE RETTALE, CON CC	16.848	536	66	432
147	6	C	RESEZIONE RETTALE, SENZA CC	11.768	464	54	396
148	6	C	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, CON CC	17.722	587	65	480
149	6	C	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	10.359	456	49	300

ALLEGATO 1 - FASCIA A

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

(Importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
150	6	C	LISI DI ADERENZE PERITONEALI, CON CC	11.181	641	41	491
151	6	C	LISI DI ADERENZE PERITONEALI, SENZA CC	6.005	526	26	380
152	6	C	INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, CON CC	10.041	660	48	420
153	6	C	INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	7.041	572	34	403
154	6	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' > 17 CON CC	20.493	796	67	545
155	6	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' > 17 SENZA CC	9.864	500	48	375
156	6	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' < 18	9.463	585	24	484
157	6	C	INTERVENTI SU ANO E STOMA, CON CC	6.965	527	34	441
158	6	C	INTERVENTI SU ANO E STOMA, SENZA CC	3.567	491	17	436
159	6	C	INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 CON CC	9.879	9.879	44	396
160	6	C	INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 SENZA CC	4.821	4.821	27	390
161	6	C	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 CON CC	5.762	5.762	27	464
162	6	C	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 SENZA CC	3.733	3.733	14	419
163	6	C	INTERVENTI PER ERNIA, ETA' < 18	2.672	2.672	7	593
164	6	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA, CON CC	8.684	696	28	469
165	6	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA, SENZA CC	4.516	617	12	448
166	6	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA, CON CC	6.275	531	22	456
167	6	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA, SENZA CC	3.289	570	12	375
168	3	C	INTERVENTI SULLA BOCCA, CON CC	7.333	7.333	45	399
169	3	C	INTERVENTI SULLA BOCCA, SENZA CC	5.025	5.025	23	395
170	6	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	14.267	704	64	491
171	6	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	7.915	450	44	431
172	6	M	NEOPLASIE MALIGNE DELL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	7.953	546	53	479
173	6	M	NEOPLASIE MALIGNE DELL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	7.353	541	51	438
174	6	M	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, CON CC	7.283	535	37	427
175	6	M	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, SENZA CC	4.326	465	27	389
176	6	M	ULCERA PEPTICA COMPLICATA	5.930	545	31	433
177	6	M	ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA, CON CC	5.889	450	34	373
178	6	M	ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA, SENZA CC	4.011	434	27	274
179	6	M	MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'INTESTINO	6.581	498	38	423
180	6	M	OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, CON CC	5.583	519	34	432
181	6	M	OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, SENZA CC	3.614	450	24	274
182	6	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA'>17 CON CC	5.025	478	31	304
183	6	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' >17 SENZA CC	3.513	460	25	300
184	6	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18	2.545	538	11	484
185	3	M	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE, ECCETTO ESTRAZIONE E RIPARAZIONE, ETA' >17	3.937	627	23	478
186	3	M	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE, ECCETTO ESTRAZIONE E RIPARAZIONE, ETA' < 18	3.216	587	15	513

ALLEGATO 1 - FASCIA A

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

(Importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
187	3	M	ESTRAZIONI E RIPARAZIONI DENTALI	3.340	749	11	512
188	6	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 CON CC	6.684	541	39	441
189	6	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 SENZA CC	3.720	505	21	433
190	6	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18	3.294	559	15	491
191	7	C	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC	23.818	897	71	536
192	7	C	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT SENZA CC	14.728	566	59	433
193	7	C	INTERVENTI SULLE VIE BILIARI ECCETTO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC	17.690	606	48	471
194	7	C	INTERVENTI SULLE VIE BILIARI ECCETTO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	13.216	471	37	470
195	7	C	COLECISTECTOMIA CON ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, CON CC	13.890	570	50	418
196	7	C	COLECISTECTOMIA CON ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, SENZA CC	9.133	420	46	276
197	7	C	COLECISTECTOMIA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, CON CC	10.201	536	48	405
198	7	C	COLECISTECTOMIA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, SENZA CC	5.668	5.668	27	392
199	7	C	PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI PER NEOPLASIE MALIGNE	13.287	512	61	335
200	7	C	PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI NON PER NEOPLASIE MALIGNE	11.564	518	45	565
201	7	C	ALTRI INTERVENTI EPATOBILIARI O SUL PANCREAS	17.187	982	86	652
202	7	M	CIRROSI E EPATITE ALCOOLICA	8.256	644	41	500
203	7	M	NEOPLASIE MALIGNE DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	7.095	552	51	442
204	7	M	MALATTIE DEL PANCREAS ECCETTO NEOPLASIE MALIGNE	6.645	489	37	410
205	7	M	MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNE,CIRROSI,EPATITE ALCOLICA,CON CC	7.600	550	42	489
206	7	M	MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNE,CIRROSI,EPATITE ALCOLICA, SENZA CC	4.822	546	41	439
207	7	M	MALATTIE DELLE VIE BILIARI, CON CC	6.908	512	37	392
208	7	M	MALATTIE DELLE VIE BILIARI, SENZA CC	4.512	462	31	315
209	8	C	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI INFERIORI	16.091	542	42	384
210	8	C	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' >17 CON CC	15.288	484	62	362
211	8	C	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' >17 SENZA CC	8.600	476	37	357
212	8	C	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' < 18	11.043	639	41	549
213	8	C	AMPUTAZIONI PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	11.803	502	82	320
214	8	C	INTERVENTI SU DORSO E COLLO, CON CC	13.847	488	57	396
215	8	C	INTERVENTI SU DORSO E COLLO, SENZA CC	6.613	6.613	34	301
216	8	C	BIOPSIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	9.487	690	37	626
217	8	C	SBRIGLIAMENTO FERITA E TRAPIANTO CUTANEO ECCETTO MANO, PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	16.433	758	49	513
218	8	C	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERO ECCETTO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA'>17 CON CC	11.392	556	48	373
219	8	C	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERO ECCETTO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA'>17 SENZA CC	5.580	5.580	31	354
220	8	C	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERO ECCETTO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA' < 18	5.145	5.145	24	411
221	8	C	INTERVENTI SUL GINOCCHIO CON CC	8.759	8.759	42	387
222	8	C	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC	5.550	5.550	21	368
223	8	C	INTERVENTI MAGGIORI SU SPALLA E GOMITO O ALTRI INTERVENTI SU ARTO SUPERIORE CON CC	4.822	4.822	24	396

ALLEGATO 1 - FASCIA A

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

(Importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
224	8	C	INTERVENTI SU SPALLA, GOMITO O AVAMBRACCIO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SU ARTICOLAZIONI SENZA CC	4.115	4.115	21	378
225	8	C	INTERVENTI SUL PIEDE	4.589	4.589	21	458
226	8	C	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI CON CC	9.225	464	42	411
227	8	C	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	3.932	588	17	408
228	8	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL POLLICE O SULLE ARTICOLAZIONI O ALTRI INTERVENTI MANO O POLSO CON CC	4.394	652	21	467
229	8	C	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	3.086	3.086	11	394
230	8	C	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE DI ANCA E FEMORE	4.655	4.655	21	304
231	8	C	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE ECCETTO ANCA E FEMORE	4.694	4.694	17	465
232	8	C	ARTROSCOPIA	3.984	3.984	14	392
233	8	C	ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO CON CC	14.075	699	47	508
234	8	C	ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	6.668	497	42	414
235	8	M	FRATTURE DEL FEMORE	7.814	578	50	502
236	8	M	FRATTURE DELL'ANCA E DELLA PELVI	7.852	592	51	530
237	8	M	DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI ANCA, PELVI E COSCIA	4.102	500	33	414
238	8	M	OSTEOMIELITE	8.660	550	51	286
239	8	M	FRATTURE PATOLOGICHE E NEOPLASIE MALIGNE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	6.755	585	37	431
240	8	M	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, CON CC	9.528	535	47	349
241	8	M	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, SENZA CC	6.087	486	50	287
242	8	M	ARTRITE SETTICA	8.134	608	60	311
243	8	M	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	4.388	488	31	265
244	8	M	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE, CON CC	5.989	579	37	268
245	8	M	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE, SENZA CC	4.253	474	39	208
246	8	M	ARTROPATIE NON SPECIFICHE	4.515	464	39	248
247	8	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI AL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E AL TESSUTO CONNETTIVO	3.863	507	41	288
248	8	M	TENDINITE, MIOSITE E BORSITE	3.989	493	32	419
249	8	M	ASSISTENZA RIABILITATIVA PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	2.965	605	15	450
250	8	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE, ETA' >17 CON CC	4.362	928	25	351
251	8	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE, ETA' >17 SENZA CC	3.002	674	11	330
252	8	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE, ETA' <18	2.118	738	4	493
253	8	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO, GAMBA, ECCETTO PIEDE, ETA' >17 CON CC	4.822	646	31	394
254	8	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO, GAMBA, ECCETTO PIEDE, ETA' >17 SENZA CC	2.875	471	15	292
255	8	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO, GAMBA, ECCETTO PIEDE, ETA' < 18	2.836	725	11	415
256	8	M	ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	3.501	563	23	354
257	9	C	MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNE, CON CC	8.854	445	38	401
258	9	C	MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNE, SENZA CC	5.725	504	29	384
259	9	C	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNE, CON CC	8.687	556	37	366
260	9	C	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNE, SENZA CC	4.802	4.802	24	318

ALLEGATO 1 - FASCIA A

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

(Importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
261	9	C	INTERVENTI SULLA MAMMELLA NON PER NEOPLASIE MALIGNE ECCETTO BIOPSIA E ESCISSIONE LOCALE	5.077	5.077	17	466
262	9	C	BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNE	3.213	671	11	497
263	9	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI PER ULCERE DELLA PELLE O CELLULITE CON CC	14.047	364	97	263
264	9	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI PER ULCERE PELLE O CELLULITE SENZA CC	8.283	400	72	240
265	9	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE CON CC	9.716	497	43	427
266	9	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	5.396	503	23	331
267	9	C	INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI	4.034	508	21	453
268	9	C	CHIRURGIA PLASTICA DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA	4.305	599	19	427
269	9	C	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA CON CC	8.321	720	49	507
270	9	C	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	3.537	566	19	431
271	9	M	ULCERE DELLA PELLE	8.819	422	61	367
272	9	M	MALATTIE MAGGIORI DELLA PELLE CON CC	7.590	560	44	456
273	9	M	MALATTIE MAGGIORI DELLA PELLE SENZA CC	5.535	443	38	408
274	9	M	NEOPLASIE MALIGNE DELLA MAMMELLA CON CC	9.116	646	59	387
275	9	M	NEOPLASIE MALIGNE DELLA MAMMELLA SENZA CC	6.066	538	27	323
276	9	M	PATOLOGIE NON MALIGNE DELLA MAMMELLA	2.774	528	19	425
277	9	M	CELLULITE ETA' > 17 CON CC	6.825	464	37	267
278	9	M	CELLULITE ETA' > 17 SENZA CC	4.046	441	28	263
279	9	M	CELLULITE ETA' < 18	3.090	546	14	498
280	9	M	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA'>17 CON CC	3.894	665	25	540
281	9	M	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SUBCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA'>17 SENZA CC	3.244	653	15	522
282	9	M	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA'<18	2.951	1.016	7	467
283	9	M	MALATTIE MINORI DELLA PELLE CON CC	5.819	497	34	296
284	9	M	MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC	3.440	472	27	424
285	10	C	AMPUTAZIONI DI ARTO INFERIORE PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI O METABOLICHE	19.470	354	104	263
286	10	C	INTERVENTI SUL SURRENE E SULLA IPOFISI	14.153	541	38	521
287	10	C	TRAPIANTI CUTANEI E SBRIGLIAMENTO DI FERITE PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE	12.884	400	69	340
288	10	C	INTERVENTI PER OBESITA'	7.205	527	41	367
289	10	C	INTERVENTI SULLE PARATIROIDI	7.209	464	25	471
290	10	C	INTERVENTI SULLA TIROIDE	5.032	5.032	21	333
291	10	C	INTERVENTI SUL DOTTO TIREOGLOSSO	2.682	599	14	404
292	10	C	ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE CON CC	15.720	1.099	65	683
293	10	C	ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE SENZA CC	10.168	394	43	259
294	10	M	DIABETE ETA' > 35	5.211	452	34	274
295	10	M	DIABETE ETA' < 36	4.416	613	32	522
296	10	M	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' > 17 CON CC	6.680	500	41	456
297	10	M	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' > 17 SENZA CC	5.159	484	39	408

ALLEGATO 1 - FASCIA A

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

(Importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
298	10	M	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' < 18	3.099	500	15	409
299	10	M	DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO	5.662	687	27	466
300	10	M	MALATTIE ENDOCRINE, CON CC	6.759	563	42	466
301	10	M	MALATTIE ENDOCRINE, SENZA CC	3.908	563	32	314
302	11	C	TRAPIANTO RENALE	73.487	2.139	62	1.501
303	11	C	INTERVENTI SU RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA, PER NEOPLASIA	14.563	559	58	367
304	11	C	INTERVENTI SU RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA, NON PER NEOPLASIA MALIGNA CON CC	13.324	578	51	455
305	11	C	INTERVENTI SU RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA, NON PER NEOPLASIA, SENZA CC	9.792	9.792	37	443
306	11	C	PROSTATECTOMIA, CON CC	9.037	443	44	439
307	11	C	PROSTATECTOMIA, SENZA CC	5.598	378	28	364
308	11	C	INTERVENTI MINORI SULLA VESCICA, CON CC	10.654	685	55	570
309	11	C	INTERVENTI MINORI SULLA VESCICA, SENZA CC	6.880	483	42	316
310	11	C	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE, CON CC	7.323	469	31	523
311	11	C	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE, SENZA CC	4.157	4.157	21	325
312	11	C	INTERVENTI SULL'URETRA, ETA' > 17 CON CC	4.681	474	31	424
313	11	C	INTERVENTI SULL'URETRA, ETA' > 17 SENZA CC	4.262	4.262	24	377
314	11	C	INTERVENTI SULL'URETRA, ETA' < 18	4.796	695	25	404
315	11	C	ALTRI INTERVENTI SUL RENE E SULLE VIE URINARIE	11.656	683	68	441
316	11	M	INSUFFICIENZA RENALE	7.996	652	46	509
317	11	M	RICOVERO PER DIALISI RENALE	4.977	599	41	344
318	11	M	NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE CON CC	7.384	672	49	566
319	11	M	NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE SENZA CC	5.791	504	37	415
320	11	M	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' > 17 CON CC	5.627	498	31	415
321	11	M	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' > 17 SENZA CC	4.435	471	24	328
322	11	M	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' < 18	4.365	556	23	340
323	11	M	CALCOLOSI URINARIA, CON CC E/O LITOTRIPSIA MEDIANTE ULTRASUONI	5.592	591	17	498
324	11	M	CALCOLOSI URINARIA, SENZA CC	3.034	447	17	373
325	11	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 CON CC	5.903	606	27	521
326	11	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 SENZA CC	4.301	532	21	461
327	11	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' < 18	3.607	569	15	512
328	11	M	STENOSI URETRALE, ETA' > 17 CON CC	5.286	648	28	306
329	11	M	STENOSI URETRALE, ETA' > 17 SENZA CC	3.062	486	25	251
330	11	M	STENOSI URETRALE, ETA' < 18	2.590	626	15	353
331	11	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 CON CC	6.651	532	42	439
332	11	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 SENZA CC	4.327	517	33	439
333	11	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' < 18	4.524	691	15	563
334	12	C	INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE CON CC	10.978	550	43	425

ALLEGATO 1 - FASCIA A

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

(Importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
335	12	C	INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE SENZA CC	8.833	527	33	414
336	12	C	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE, CON CC	6.975	399	35	368
337	12	C	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE SENZA CC	5.504	387	28	357
338	12	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO PER NEOPLASIA MALIGNA	6.483	507	24	456
339	12	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNE, ETA' > 17	3.200	3.200	11	385
340	12	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNE, ETA' < 18	2.936	2.936	7	603
341	12	C	INTERVENTI SUL PENE	6.368	6.368	21	413
342	12	C	CIRCONCISIONE ETA' > 17	2.939	2.939	11	535
343	12	C	CIRCONCISIONE ETA' < 18	1.826	1.826	5	493
344	12	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE PER NEOPLASIE MALIGNE	9.408	564	41	371
345	12	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPAR RIPRODUTTIVO MASCHILE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNE	6.113	434	27	456
346	12	M	NEOPLASIE MALIGNE DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE, CON CC	8.219	587	45	498
347	12	M	NEOPLASIE MALIGNE DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE, SENZA CC	5.716	535	41	465
348	12	M	IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA, CON CC	5.476	466	31	391
349	12	M	IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA, SENZA CC	4.324	458	29	390
350	12	M	INFIAMMAZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	3.249	542	17	447
352	12	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	3.077	950	15	389
353	13	C	EVISCERAZIONE PELVICA, ISTERECTOMIA RADICALE E VULVECTOMIA RADICALE	11.744	625	38	518
354	13	C	INTERVENTI SU UTERO E SU ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNE NON DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI CON CC	11.901	293	57	357
355	13	C	INTERVENTI SU UTERO E SU ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNE NON DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI SENZA CC	6.529	461	29	269
356	13	C	INTERVENTI RICOSTRUTTIVI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	5.528	417	23	273
357	13	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNE DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI	12.360	585	45	385
358	13	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNE, CON CC	7.160	507	29	399
359	13	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNE, SENZA CC	5.141	5.141	17	324
360	13	C	INTERVENTI SU VAGINA, CERVICE E VULVA	3.918	751	11	494
361	13	C	LAPAROSCOPIA E OCCLUSIONE LAPAROTOMICA DELLE TUBE	3.353	3.353	11	512
362	13	C	OCCLUSIONE ENDOSCOPICA DELLE TUBE	2.109	2.109	7	325
363	13	C	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE E IMPIANTO MATERIALE RADIOATTIVO PER NEOPLASIE MALIGNE	4.845	4.845	17	541
364	13	C	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNE	2.964	2.964	7	475
365	13	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	7.490	566	43	373
366	13	M	NEOPLASIE MALIGNE DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE, CON CC	8.005	627	55	519
367	13	M	NEOPLASIE MALIGNE DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE, SENZA CC	4.658	569	27	509
368	13	M	INFEZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	3.735	521	17	354
369	13	M	DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	2.767	631	11	541
370	14	C	PARTO CESAREO CON CC	6.800	591	22	389
371	14	C	PARTO CESAREO SENZA CC	4.759	518	13	342
372	14	M	PARTO VAGINALE CON DIAGNOSI COMPLICANTI	4.524	640	17	502

ALLEGATO 1 - FASCIA A

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

(Importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
373	14	M	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	3.004	621	7	396
374	14	C	PARTO VAGINALE CON STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	3.923	630	9	518
375	14	C	PARTO VAGINALE CON ALTRO INTERVENTO ECCETTO STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	6.140	602	9	682
376	14	M	DIAGNOSI RELATIVE A POSTPARTO E POSTABORTO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	2.586	536	8	447
377	14	C	DIAGNOSI RELATIVE A POSTPARTO E POSTABORTO CON INTERVENTO CHIRURGICO	4.826	1.088	15	716
378	14	M	GRAVIDANZA ECTOPICA	4.557	603	14	366
379	14	M	MINACCIA DI ABORTO	4.145	582	17	436
380	14	M	ABORTO SENZA DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	2.219	699	7	382
381	14	C	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	2.720	2.720	4	594
382	14	M	FALSO TRAVAGLIO	885	678	19	191
383	14	M	ALTRE DIAGNOSI PREPARTO CON COMPLICAZIONI MEDICHE	3.138	584	14	389
384	14	M	ALTRE DIAGNOSI PREPARTO SENZA COMPLICAZIONI MEDICHE	2.850	505	19	352
385	15		NEONATI MORTI O TRASFERITI AD ALTRE STRUTTURE DI ASSISTENZA PER ACUTI	7.949	612	19	525
386	15		NEONATI GRAVEMENTE IMMATURI O CON SINDROME DA DISTRESS RESPIRATORIO	24.492	556	138	333
387	15		PREMATURITA' CON AFFEZIONI MAGGIORI	13.656	526	83	318
388	15		PREMATURITA' SENZA AFFEZIONI MAGGIORI	7.577	370	48	363
389	15		NEONATI A TERMINE CON AFFEZIONI MAGGIORI	3.659	410	17	258
390	15		NEONATI CON ALTRE AFFEZIONI SIGNIFICATIVE	2.612	326	14	193
391	15		NEONATO NORMALE	1.041	349	8	-
392	16	C	SPLENECTOMIA, ETA' > 17	12.220	851	32	588
393	16	C	SPLENECTOMIA, ETA' < 18	8.727	622	20	470
394	16	C	ALTRI INTERVENTI SUGLI ORGANI EMOPOIETICI	7.634	856	29	599
395	16	M	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' > 17	6.843	564	43	481
396	16	M	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' < 18	3.155	621	11	458
397	16	M	DISTURBI DELLA COAGULAZIONE	9.660	879	37	679
398	16	M	DISTURBI DEL SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO CON CC	12.026	738	57	378
399	16	M	DISTURBI DEL SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO SENZA CC	5.869	570	32	340
400	17	C	LINFOMA E LEUCEMIA CON INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI	18.753	787	57	616
401	17	C	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI CON CC	18.051	465	78	349
402	17	C	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC	7.582	458	45	301
403	17	M	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC	14.610	748	60	616
404	17	M	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC	7.236	547	46	476
405	17	M	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETA' < 18	15.030	1.403	19	1.096
406	17	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI CON CC	21.063	3.477	75	490
407	17	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI SENZA CC	10.135	2.490	51	345
408	17	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON ALTRI INTERVENTI	9.651	718	33	606
409	17	M	RADIOTERAPIA	5.738	732	24	546

ALLEGATO 1 - FASCIA A

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

(Importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
410	17	M	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNASI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	3.706	696	11	550
411	17	M	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA	3.162	541	23	333
412	17	M	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA CON ENDOSCOPIA	2.558	705	19	513
413	17	M	ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE, CON CC	10.870	564	65	457
414	17	M	ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE, SENZA CC	7.080	530	50	315
415	18	C	INTERVENTI CHIRURGICI PER MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	14.060	591	43	537
416	18	M	SETTICEMIA, ETA' > 17	10.108	525	51	425
417	18	M	SETTICEMIA, ETA' < 18	5.462	542	24	493
418	18	M	INFEZIONI POST-CHIRURGICHE E POST-TRAUMATICHE	5.598	521	31	455
419	18	M	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' > 17 CON CC	6.064	564	34	347
420	18	M	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' > 17 SENZA CC	4.667	512	28	300
421	18	M	MALATTIE DI ORIGINE VIRALE, ETA' > 17	4.440	531	21	363
422	18	M	MALATTIE DI ORIGINE VIRALE E FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' < 18	3.348	556	14	498
423	18	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	6.742	664	28	511
424	19	C	INTERVENTI CHIRURGICI DI QUALUNQUE TIPO IN PAZIENTI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DI MALATTIA MENTALE	15.045	707	49	445
425	19	M	REAZIONE ACUTA DI ADATTAMENTO E DISFUNZIONE PSICOSOCIALE	4.289	559	33	488
426	19	M	NEVROSI DEPRESSIVE	4.319	425	44	400
427	19	M	NEVROSI ECCETTO NEVROSI DEPRESSIVE	3.801	457	43	431
428	19	M	DISTURBI DELLA PERSONALITA' E DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI	4.765	408	51	378
429	19	M	DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE	5.952	447	53	298
430	19	M	PSICOSI	5.917	383	63	363
431	19	M	DISTURBI MENTALI DELL'INFANZIA	3.678	461	27	315
432	19	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A DISTURBI MENTALI	4.718	479	25	356
433	20		ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI; DIMESSO CONTRO IL PARERE DEI SANITARI	2.226	616	4	569
434	20		ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI, DISINTOSSICAZIONE O ALTRO TRATTAMENTO SINTOMATICO CON CC	4.704	424	31	387
435	20		ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI, DISINTOSSICAZIONE O ALTRO TRATTAMENTO SINTOMATICO SENZA CC	3.999	406	41	386
436	20		DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI CON TERAPIA RIABILITATIVA	4.705	278	51	166
437	20		DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI, TERAPIA RIABILITATIVA E DISINTOSSICANTE COMBINATE	5.190	302	57	182
439	21	C	TRAPIANTI DI PELLE PER TRAUMATISMO	7.720	657	50	432
440	21	C	SBRIGLIAMENTO DI FERITE PER TRAUMATISMO	10.348	1.097	47	721
441	21	C	INTERVENTI SULLA MANO PER TRAUMATISMO	3.833	686	19	425
442	21	C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO, CON CC	13.868	613	78	566
443	21	C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO, SENZA CC	7.951	535	43	424
444	21	M	TRAUMATISMI, ETA' > 17, CON CC	5.032	483	28	411
445	21	M	TRAUMATISMI, ETA' > 17, SENZA CC	3.363	479	23	403
446	21	M	TRAUMATISMI, ETA' < 18	2.563	668	7	555
447	21	M	REAZIONI ALLERGICHE, ETA' > 17	3.219	610	19	514

ALLEGATO 1 - FASCIA A

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

(Importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
448	21	M	REAZIONI ALLERGICHE, ETA' < 18	1.918	566	7	522
449	21	M	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA' > 17 CON CC	5.080	613	29	495
450	21	M	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA' > 17 SENZA CC	2.850	592	11	484
451	21	M	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA' < 18	2.129	706	4	528
452	21	M	COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTI, CON CC	4.776	644	46	378
453	21	M	COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTI, SENZA CC	3.515	474	29	337
454	21	M	ALTRE DIAGNOSI DI TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI, CON CC	5.952	709	41	546
455	21	M	ALTRE DIAGNOSI DI TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI, SENZA CC	3.807	657	23	287
456	22	M	USTIONI, PAZIENTE TRASFERITO AD ALTRA STRUTTURA DI ASSISTENZA PER ACUTI	7.643	894	32	504
457	22	M	USTIONI ESTESE SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	9.604	632	50	505
458	22	C	USTIONI NON ESTESE CON TRAPIANTO DI PELLE	21.234	880	81	579
459	22	C	USTIONI NON ESTESE CON SBRIGLIAMENTO DI FERITE E ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO	9.012	599	48	395
460	22	M	USTIONI NON ESTESE SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	5.378	538	31	326
461	23	C	INTERVENTO CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON I SERVIZI SANITARI	5.640	498	29	431
462	23	M	RIABILITAZIONE	3.918	479	45	184
463	23	M	SEGNI E SINTOMI CON CC	6.598	545	42	300
464	23	M	SEGNI E SINTOMI SENZA CC	4.007	439	32	277
465	23	M	ASSISTENZA RIABILITATIVA CON ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA COME DIAGNOSI SECONDARIA	1.683	405	19	404
466	23	M	ASSISTENZA RIABILITATIVA SENZA ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA COME DIAGNOSI SECONDARIA	2.955	605	7	351
467	23	M	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	3.052	554	11	293
468		C	INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	11.721	848	39	559
469			DIAGNOSI PRINCIPALE NON VALIDA COME DIAGNOSI DI DIMISSIONE	885	229	15	160
470			NON ATTRIBUIBILE AD ALTRO DRG	885	136	33	95
471	8	C	INTERVENTI MAGGIORI BILATERALI O MULTIPLI SULLE ARTICOLAZIONI DEGLI ARTI INFERIORI	28.485	626	101	433
472	22	C	USTIONI ESTESE CON INTERVENTO CHIRURGICO	64.296	241	233	606
473	17	M	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETA' > 17	39.802	1.613	102	1.160
475	4	M	DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA	19.050	953	64	683
476		C	INTERVENTO CHIRURGICO SULLA PROSTATA NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	9.249	588	37	472
477		C	INTERVENTO CHIRURGICO NON ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	6.205	587	29	386
478	5	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, CON CC	11.920	693	62	455
479	5	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, SENZA CC	7.842	573	45	408
480		C	TRAPIANTO DI FEGATO	122.885	2.527	88	1.713
481		C	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO	83.312	4.216	106	2.071
482		C	TRACHEOSTOMIA PER DISTURBI ORALI, LARINGEI O FARINGEI	21.882	4.956	72	448
483		C	TRACHEOSTOMIA ECCETTO PER DISTURBI ORALI, LARINGEI O FARINGEI	82.465	13.644	132	986
484	24	C	CRANIOTOMIA PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	35.314	898	91	966
485	24	C	REIMPIANTO DI ARTI, INTERVENTI SU ANCA E FEMORE PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	26.361	959	57	630

ALLEGATO 1 - FASCIA A

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

(Importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
486	24	C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	23.834	878	61	681
487	24	M	ALTRI TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	11.168	922	35	672
488	25	C	H.I.V. ASSOCIATO AD INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO	22.970	606	110	398
489	25	M	H.I.V. ASSOCIATO AD ALTRE PATOLOGIE MAGGIORI CORRELATE	13.423	570	109	354
490	25	M	H.I.V. ASSOCIATO O NON AD ALTRE PATOLOGIE CORRELATE	8.150	593	56	405
491	8	C	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI SUPERIORI	10.204	512	47	358
492	17	M	CHEMIOTERAPIA ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	13.239	1.148	15	471

TARIFFA GIORNALIERA RELATIVA AI RICOVERI ORDINARI NEI REPARTI PER LUNGODEGENTI	267
TARIFFA GIORNALIERA RELATIVA AI RICOVERI NEI SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA PSICHIATRICI	296

OSSERVAZIONE ED ESPIANTO DI ORGANO DA CADAVERE PER TRAPIANTO	4.884
IMPIANTO DI CUORE ARTIFICIALE	96.750
ASSISTENZA ALBERGHIERA PER IL GENITORE CHE ASSISTE IL BAMBINO RICOVERATO	15
TRATTAMENTO CON LITOTRITORE	1.000
PROTESI MAMMARIA	1.500

VISTO: IL VICEPRESIDENTE: CIANI

VISTO: IL SEGRETARIO: BELLAROSA

ALLEGATO 2 - FASCIA A

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera
1	1	C	CRANIOTOMIA ETA' > 17, ECCETTO PER TRAUMATISMO	796
2	1	C	CRANIOTOMIA ETA' > 17 PER TRAUMATISMO	796
3	1	C	CRANIOTOMIA ETA' < 18	796
4	1	C	INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE	796
5	1	C	INTERVENTI SUI VASI EXTRACRANICI	796
6	1	C	DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	3.030 *
7	1	C	INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO CON CC	796
8	1	C	INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	796
9	1	M	MALATTIE E TRAUMATISMI DEL MIDOLLO SPINALE	554
10	1	M	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	572
11	1	M	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO SENZA CC	535
12	1	M	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	519
13	1	M	SCLEROSI MULTIPLA E ATASSIA CEREBELLARE	519
14	1	M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCETTO ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO	519
15	1	M	ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO E OCCLUSIONI PRECEREBRALI	519
16	1	M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE CON CC	519
17	1	M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE SENZA CC	519
18	1	M	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI CON CC	519
19	1	M	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC	519
20	1	M	INFEZIONI DEL SISTEMA NERVOSO ECCETTO MENINGITE VIRALE	645
21	1	M	MENINGITE VIRALE	519
22	1	M	ENCEFALOPATIA IPERTENSIVA	519
23	1	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE NON TRAUMATICA	519
24	1	M	CONVULSIONI E CEFALEA ETA' > 17 CON CC	549
25	1	M	CONVULSIONI E CEFALEA ETA' > 17 SENZA CC	519
26	1	M	CONVULSIONI E CEFALEA ETA' < 18	612
27	1	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA > 1 ORA	639
28	1	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' > 17 CON CC	622
29	1	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' > 17 SENZA CC	538
30	1	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' < 18	738
31	1	M	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA' > 17 CON CC	857
32	1	M	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA' > 17 SENZA CC	732
33	1	M	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA' < 18	848
34	1	M	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO, CON CC	582
35	1	M	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO, SENZA CC	519
36	2	C	INTERVENTI SULLA RETINA	880

ALLEGATO 2 - FASCIA A

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera	
37	2	C	INTERVENTI SULL'ORBITA	880	
38	2	C	INTERVENTI PRIMARI SULL'IRIDE	880	
39	2	C	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	3.785	*
40	2	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA, ETA' > 17	880	
41	2	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA, ETA' < 18	880	
42	2	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	880	
43	2	M	IFEMA	561	
44	2	M	INFEZIONI ACUTE MAGGIORI DELL'OCCHIO	561	
45	2	M	MALATTIE NEUROLOGICHE DELL'OCCHIO	599	
46	2	M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' > 17 CON CC	579	
47	2	M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' > 17 SENZA CC	561	
48	2	M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' < 18	640	
49	3	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL CAPO E SUL COLLO	679	
50	3	C	SIALOADENECTOMIA	679	
51	3	C	INTERVENTI SULLE GHIANDOLE SALIVARI ECCETTO SIALOADENECTOMIA	679	
52	3	C	RIPARAZIONE DI CHEILOSCHISI E DI PALATOSCHISI	679	
53	3	C	INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA' > 17	4.510	*
54	3	C	INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA' < 18	4.215	*
55	3	C	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	4.030	*
56	3	C	RINOPLASTICA	679	
57	3	C	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCETTO SOLO TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDEC ETA'>17	2.988	*
58	3	C	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCETTO SOLO TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA ETA' <18	2.826	*
59	3	C	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA' > 17	2.055	*
60	3	C	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA' < 18	1.361	*
61	3	C	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, ETA' > 17	4.763	*
62	3	C	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, ETA' < 18	2.722	*
63	3	C	ALTRI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	679	
64	3	M	NEOPLASIE MALIGNE DI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	572	
65	3	M	ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO	533	
66	3	M	EPISTASSI	556	
67	3	M	EPIGLOTTIDITE	723	
68	3	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 CON CC	542	
69	3	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 SENZA CC	533	
70	3	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' < 18	533	
71	3	M	LARINGOTRACHEITE	533	
72	3	M	TRAUMATISMI E DEFORMITA' DEL NASO	747	
73	3	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' > 17	627	

ALLEGATO 2 - FASCIA A

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera
74	3	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' < 18	732
75	4	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE	697
76	4	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO, CON CC	697
77	4	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC	697
78	4	M	EMBOLIA POLMONARE	495
79	4	M	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 CON CC	485
80	4	M	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 SENZA CC	485
81	4	M	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' < 18	658
82	4	M	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	521
83	4	M	TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE, CON CC	575
84	4	M	TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE, SENZA CC	535
85	4	M	VERSAMENTO PLEURICO, CON CC	505
86	4	M	VERSAMENTO PLEURICO, SENZA CC	490
87	4	M	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	546
88	4	M	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	485
89	4	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 CON CC	485
90	4	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 SENZA CC	485
91	4	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' < 18	489
92	4	M	MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE, CON CC	485
93	4	M	MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE, SENZA CC	485
94	4	M	PNEUMOTORACE, CON CC	513
95	4	M	PNEUMOTORACE, SENZA CC	485
96	4	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 CON CC	485
97	4	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 SENZA CC	485
98	4	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' < 18	509
99	4	M	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, CON CC	485
100	4	M	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, SENZA CC	485
101	4	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, CON CC	560
102	4	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC	519
103	5	C	TRAPIANTO CARDIACO	1.058
104	5	C	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE CON CATETERISMO CARDIACO	1.058
105	5	C	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE SENZA CATETERISMO CARDIACO	1.058
106	5	C	BYPASS CORONARICO CON CATETERISMO CARDIACO	1.058
107	5	C	BYPASS CORONARICO SENZA CATETERISMO CARDIACO	1.058
108	5	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE	1.058
110	5	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, CON CC	1.058
111	5	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, SENZA CC	1.058

ALLEGATO 2 - FASCIA A

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO

(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera	
112	5	C	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA	12.497	*
113	5	C	AMPUTAZIONE PER DISTURBI CIRCOLATORI ECCETTO AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE	1.058	
114	5	C	AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE PER MALATTIE APPARATO CIRCOLATORIO	1.058	
115	5	C	IMPIANTO PACEMAKER CARDIACO PERMANENTE CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO, INSUFFICIENZA CARDIACA O SHOCK	21.335	*
116	5	C	ALTRI INTERVENTI PER IMPIANTO DI PACEMAKER CARDIACO PERMANENTE O DI DEFIBRILLATORE AUTOMATICO (AICD) O DI GENERATORE DI IMPULSI	13.998	*
117	5	C	REVISIONE DEL PACEMAKER CARDIACO, ECCETTO SOSTITUZIONE	9.825	*
118	5	C	SOSTITUZIONE DI PACEMAKER CARDIACO	13.018	*
119	5	C	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	3.828	*
120	5	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO CIRCOLATORIO	1.058	
121	5	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO E COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI DIMESSI VIVI	596	
122	5	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO SENZA COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI DIMESSI VIVI	591	
123	5	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO, MORTI	878	
124	5	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI COMPLICATA	7.303	*
125	5	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI NON COMPLICATA	3.503	*
126	5	M	ENDOCARDITE ACUTA E SUBACUTA	566	
127	5	M	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	566	
128	5	M	TROMBOFLEBITE DELLE VENE PROFONDE	566	
129	5	M	ARRESTO CARDIACO SENZA CAUSA APPARENTE	668	
130	5	M	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, CON CC	566	
131	5	M	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, SENZA CC	566	
132	5	M	ATEROSCLEROSI, CON CC	566	
133	5	M	ATEROSCLEROSI, SENZA CC	566	
134	5	M	IPERTENSIONE	566	
135	5	M	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' > 17 CON CC	566	
136	5	M	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' > 17 SENZA CC	566	
137	5	M	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' < 18	936	
138	5	M	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, CON CC	648	
139	5	M	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, SENZA CC	566	
140	5	M	ANGINA PECTORIS	566	
141	5	M	SINCOPE E COLLASSO, CON CC	566	
142	5	M	SINCOPE E COLLASSO, SENZA CC	566	
143	5	M	DOLORE TORACICO	771	
144	5	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO CON CC	579	
145	5	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO SENZA CC	566	
146	6	C	RESEZIONE RETTALE, CON CC	650	
147	6	C	RESEZIONE RETTALE, SENZA CC	650	
148	6	C	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, CON CC	650	

ALLEGATO 2 - FASCIA A

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera	
149	6	C	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	650	
150	6	C	LISI DI ADERENZE PERITONEALI, CON CC	650	
151	6	C	LISI DI ADERENZE PERITONEALI, SENZA CC	650	
152	6	C	INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, CON CC	650	
153	6	C	INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	650	
154	6	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' > 17 CON CC	650	
155	6	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' > 17 SENZA CC	650	
156	6	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' < 18	650	
157	6	C	INTERVENTI SU ANO E STOMA, CON CC	650	
158	6	C	INTERVENTI SU ANO E STOMA, SENZA CC	650	
159	6	C	INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 CON CC	9.879	*
160	6	C	INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 SENZA CC	4.821	*
161	6	C	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 CON CC	5.762	*
162	6	C	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 SENZA CC	3.733	*
163	6	C	INTERVENTI PER ERNIA, ETA' < 18	2.672	*
164	6	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA, CON CC	650	
165	6	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA, SENZA CC	650	
166	6	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA, CON CC	650	
167	6	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA, SENZA CC	650	
168	3	C	INTERVENTI SULLA BOCCA, CON CC	7.333	*
169	3	C	INTERVENTI SULLA BOCCA, SENZA CC	5.025	*
170	6	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	650	
171	6	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	650	
172	6	M	NEOPLASIE MALIGNE DELL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	546	
173	6	M	NEOPLASIE MALIGNE DELL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	541	
174	6	M	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, CON CC	535	
175	6	M	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, SENZA CC	502	
176	6	M	ULCERA PEPTICA COMPLICATA	545	
177	6	M	ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA, CON CC	502	
178	6	M	ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA, SENZA CC	502	
179	6	M	MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'INTESTINO	502	
180	6	M	OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, CON CC	519	
181	6	M	OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, SENZA CC	502	
182	6	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' >17 CON CC	502	
183	6	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' >17 SENZA CC	502	
184	6	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18	538	
185	3	M	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE, ECCETTO ESTRAZIONE E RIPARAZIONE, ETA' >17	627	

ALLEGATO 2 - FASCIA A

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO

(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera	
186	3	M	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE, ECCETTO ESTRAZIONE E RIPARAZIONE, ETA' < 18	587	
187	3	M	ESTRAZIONI E RIPARAZIONI DENTALI	749	
188	6	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 CON CC	541	
189	6	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 SENZA CC	505	
190	6	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18	559	
191	7	C	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC	752	
192	7	C	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT SENZA CC	752	
193	7	C	INTERVENTI SULLE VIE BILIARI ECCETTO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC	752	
194	7	C	INTERVENTI SULLE VIE BILIARI, ECCETTO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	752	
195	7	C	COLECISTECTOMIA CON ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, CON CC	752	
196	7	C	COLECISTECTOMIA CON ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, SENZA CC	752	
197	7	C	COLECISTECTOMIA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, CON CC	752	
198	7	C	COLECISTECTOMIA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, SENZA CC	5.668	*
199	7	C	PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI PER NEOPLASIE MALIGNE	752	
200	7	C	PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI NON PER NEOPLASIE MALIGNE	752	
201	7	C	ALTRI INTERVENTI EPATOBILIARI O SUL PANCREAS	752	
202	7	M	CIRROSI E EPATITE ALCOOLICA	644	
203	7	M	NEOPLASIE MALIGNE DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	552	
204	7	M	MALATTIE DEL PANCREAS ECCETTO NEOPLASIE MALIGNE	532	
205	7	M	MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNE,CIRROSI,EPATITE ALCOLICA,CON CC	550	
206	7	M	MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNE,CIRROSI,EPATITE ALCOLICA, SENZA CC	546	
207	7	M	MALATTIE DELLE VIE BILIARI, CON CC	532	
208	7	M	MALATTIE DELLE VIE BILIARI, SENZA CC	532	
209	8	C	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI INFERIORI	718	
210	8	C	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' >17 CON CC	718	
211	8	C	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' >17 SENZA CC	718	
212	8	C	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' < 18	718	
213	8	C	AMPUTAZIONI PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	718	
214	8	C	INTERVENTI SU DORSO E COLLO, CON CC	718	
215	8	C	INTERVENTI SU DORSO E COLLO, SENZA CC	6.613	*
216	8	C	BIOPSIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	718	
217	8	C	SBRIGLIAMENTO FERITA E TRAPIANTO CUTANEO ECCETTO MANO, PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	718	
218	8	C	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERO ECCETTO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA'>17 CON CC	718	
219	8	C	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERO ECCETTO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA'>17 SENZA CC	5.580	*
220	8	C	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERO ECCETTO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA' < 18	5.145	*
221	8	C	INTERVENTI SUL GINOCCHIO CON CC	8.759	*
222	8	C	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC	5.550	*

ALLEGATO 2 - FASCIA A

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO

(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera	
223	8	C	INTERVENTI MAGGIORI SU SPALLA E GOMITO O ALTRI INTERVENTI SU ARTO SUPERIORE CON CC	4.822	*
224	8	C	INTERVENTI SU SPALLA, GOMITO O AVAMBRACCIO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SU ARTICOLAZIONI SENZA CC	4.115	*
225	8	C	INTERVENTI SUL PIEDE	4.589	*
226	8	C	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI CON CC	718	
227	8	C	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	718	
228	8	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL POLLICE O SULLE ARTICOLAZIONI O ALTRI INTERVENTI MANO O POLSO CON CC	718	
229	8	C	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	3.066	*
230	8	C	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE DI ANCA E FEMORE	4.655	*
231	8	C	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE ECCETTO ANCA E FEMORE	4.694	*
232	8	C	ARTROSCOPIA	3.984	*
233	8	C	ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO CON CC	718	
234	8	C	ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	718	
235	8	M	FRATTURE DEL FEMORE	578	
236	8	M	FRATTURE DELL'ANCA E DELLA PELVI	592	
237	8	M	DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI ANCA, PELVI E COSCIA	500	
238	8	M	OSTEOMIELITE	550	
239	8	M	FRATTURE PATOLOGICHE E NEOPLASIE MALIGNE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	585	
240	8	M	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, CON CC	535	
241	8	M	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, SENZA CC	486	
242	8	M	ARTRITE SETTICA	608	
243	8	M	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	488	
244	8	M	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE, CON CC	579	
245	8	M	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE, SENZA CC	484	
246	8	M	ARTROPATIE NON SPECIFICHE	484	
247	8	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI AL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E AL TESSUTO CONNETTIVO	507	
248	8	M	TENDINITE, MIOSITE E BORSITE	493	
249	8	M	ASSISTENZA RIABILITATIVA PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	605	
250	8	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE, ETA' >17 CON CC	928	
251	8	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE, ETA' >17 SENZA CC	674	
252	8	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE, ETA' <18	738	
253	8	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO, GAMBA, ECCETTO PIEDE, ETA' >17 CON CC	646	
254	8	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO, GAMBA, ECCETTO PIEDE, ETA'>17 SENZA CC	484	
255	8	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO, GAMBA, ECCETTO PIEDE, ETA' < 18	725	
256	8	M	ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	563	
257	9	C	MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNE, CON CC	657	
258	9	C	MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNE, SENZA CC	657	
259	9	C	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNE, CON CC	657	

ALLEGATO 2 - FASCIA A

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera	
260	9	C	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNE, SENZA CC	4.802	*
261	9	C	INTERVENTI SULLA MAMMELLA NON PER NEOPLASIE MALIGNE ECCETTO BIOPSIA E ESCISSIONE LOCALE	5.077	*
262	9	C	BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNE	657	
263	9	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI PER ULCERE DELLA PELLE O CELLULITE CON CC	657	
264	9	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI PER ULCERE PELLE O CELLULITE SENZA CC	657	
265	9	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE CON CC	657	
266	9	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	657	
267	9	C	INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI	657	
268	9	C	CHIRURGIA PLASTICA DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA	657	
269	9	C	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA CON CC	657	
270	9	C	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	657	
271	9	M	ULCERE DELLA PELLE	472	
272	9	M	MALATTIE MAGGIORI DELLA PELLE CON CC	560	
273	9	M	MALATTIE MAGGIORI DELLA PELLE SENZA CC	472	
274	9	M	NEOPLASIE MALIGNE DELLA MAMMELLA CON CC	646	
275	9	M	NEOPLASIE MALIGNE DELLA MAMMELLA SENZA CC	538	
276	9	M	PATOLOGIE NON MALIGNE DELLA MAMMELLA	528	
277	9	M	CELLULITE ETA' > 17 CON CC	472	
278	9	M	CELLULITE ETA' > 17 SENZA CC	472	
279	9	M	CELLULITE ETA' < 18	546	
280	9	M	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA'>17 CON CC	665	
281	9	M	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SUBCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA'>17 SENZA CC	653	
282	9	M	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA'<18	1.016	
283	9	M	MALATTIE MINORI DELLA PELLE CON CC	497	
284	9	M	MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC	472	
285	10	C	AMPUTAZIONI DI ARTO INFERIORE PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI O METABOLICHE	701	
286	10	C	INTERVENTI SUL SURRENE E SULLA IPOFISI	701	
287	10	C	TRAPIANTI CUTANEI E SBRIGLIAMENTO DI FERITE PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE	701	
288	10	C	INTERVENTI PER OBESITA'	701	
289	10	C	INTERVENTI SULLE PARATIROIDI	701	
290	10	C	INTERVENTI SULLA TIROIDE	5.032	*
291	10	C	INTERVENTI SUL DOTTO TIREOGLOSSO	701	
292	10	C	ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE CON CC	701	
293	10	C	ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE SENZA CC	701	
294	10	M	DIABETE ETA' > 35	489	
295	10	M	DIABETE ETA' < 36	613	
296	10	M	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' > 17 CON CC	500	

ALLEGATO 2 - FASCIA A

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO

(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera
297	10	M	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA` > 17 SENZA CC	489
298	10	M	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA` < 18	500
299	10	M	DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO	687
300	10	M	MALATTIE ENDOCRINE, CON CC	563
301	10	M	MALATTIE ENDOCRINE, SENZA CC	563
302	11	C	TRAPIANTO RENALE	613
303	11	C	INTERVENTI SU RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA, PER NEOPLASIA	613
304	11	C	INTERVENTI SU RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA, NON PER NEOPLASIA MALIGNA CON CC	613
305	11	C	INTERVENTI SU RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA, NON PER NEOPLASIA, SENZA CC	9.792 *
306	11	C	PROSTATECTOMIA, CON CC	613
307	11	C	PROSTATECTOMIA, SENZA CC	613
308	11	C	INTERVENTI MINORI SULLA VESCICA, CON CC	613
309	11	C	INTERVENTI MINORI SULLA VESCICA, SENZA CC	613
310	11	C	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE, CON CC	613
311	11	C	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE, SENZA CC	4.157 *
312	11	C	INTERVENTI SULL'URETRA, ETA` > 17 CON CC	613
313	11	C	INTERVENTI SULL'URETRA, ETA` > 17 SENZA CC	4.262 *
314	11	C	INTERVENTI SULL'URETRA, ETA` < 18	613
315	11	C	ALTRI INTERVENTI SUL RENE E SULLE VIE URINARIE	613
316	11	M	INSUFFICIENZA RENALE	652
317	11	M	RICOVERO PER DIALISI RENALE	599
318	11	M	NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE CON CC	672
319	11	M	NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE SENZA CC	504
320	11	M	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA` > 17 CON CC	498
321	11	M	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA` > 17 SENZA CC	484
322	11	M	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA` < 18	556
323	11	M	CALCOLOSI URINARIA, CON CC E/O LITOTRIPSIA MEDIANTE ULTRASUONI	591
324	11	M	CALCOLOSI URINARIA, SENZA CC	484
325	11	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA` > 17 CON CC	606
326	11	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA` > 17 SENZA CC	532
327	11	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA` < 18	569
328	11	M	STENOSI URETRALE, ETA` > 17 CON CC	648
329	11	M	STENOSI URETRALE, ETA` > 17 SENZA CC	486
330	11	M	STENOSI URETRALE, ETA` < 18	626
331	11	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA` > 17 CON CC	532
332	11	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA` > 17 SENZA CC	517
333	11	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA` < 18	691

ALLEGATO 2 - FASCIA A

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera	
334	12	C	INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE CON CC	770	
335	12	C	INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE SENZA CC	770	
336	12	C	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE, CON CC	770	
337	12	C	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE SENZA CC	770	
338	12	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO PER NEOPLASIA MALIGNA	770	
339	12	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNE, ETA' > 17	3.200	*
340	12	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNE, ETA' < 18	2.936	*
341	12	C	INTERVENTI SUL PENE	6.368	*
342	12	C	CIRCONCISIONE ETA' > 17	2.939	*
343	12	C	CIRCONCISIONE ETA' < 18	1.826	*
344	12	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE PER NEOPLASIE MALIGNE	770	
345	12	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPAR RIPRODUTTIVO MASCHILE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNE	770	
346	12	M	NEOPLASIE MALIGNE DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE, CON CC	587	
347	12	M	NEOPLASIE MALIGNE DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE, SENZA CC	535	
348	12	M	IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA, CON CC	528	
349	12	M	IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA, SENZA CC	528	
350	12	M	INFIAMMAZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	542	
352	12	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	950	
353	13	C	EVISCERAZIONE PELVICA, ISTERECTOMIA RADICALE E VULVECTOMIA RADICALE	866	
354	13	C	INTERVENTI SU UTERO E SU ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNE NON DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI CON CC	866	
355	13	C	INTERVENTI SU UTERO E SU ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNE NON DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI SENZA CC	866	
356	13	C	INTERVENTI RICOSTRUTTIVI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	866	
357	13	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNE DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI	866	
358	13	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNE, CON CC	866	
359	13	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNE, SENZA CC	5.141	*
360	13	C	INTERVENTI SU VAGINA, CERVICE E VULVA	866	
361	13	C	LAPAROSCOPIA E OCCLUSIONE LAPAROTOMICA DELLE TUBE	3.353	*
362	13	C	OCCLUSIONE ENDOSCOPICA DELLE TUBE	2.109	*
363	13	C	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE E IMPIANTO MATERIALE RADIOATTIVO PER NEOPLASIE MALIGNE	4.845	*
364	13	C	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNE	2.964	*
365	13	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	866	
366	13	M	NEOPLASIE MALIGNE DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE, CON CC	627	
367	13	M	NEOPLASIE MALIGNE DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE, SENZA CC	569	
368	13	M	INFEZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	559	
369	13	M	DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	631	
370	14	C	PARTO CESAREO CON CC	1.113	
371	14	C	PARTO CESAREO SENZA CC	1.113	

ALLEGATO 2 - FASCIA A

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO

(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera
372	14	M	PARTO VAGINALE CON DIAGNOSI COMPLICANTI	640
373	14	M	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	639
374	14	C	PARTO VAGINALE CON STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	1.113
375	14	C	PARTO VAGINALE CON ALTRO INTERVENTO ECCETTO STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	1.113
376	14	M	DIAGNOSI RELATIVE A POSTPARTO E POSTABORTO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	639
377	14	C	DIAGNOSI RELATIVE A POSTPARTO E POSTABORTO CON INTERVENTO CHIRURGICO	1.113
378	14	M	GRAVIDANZA ECTOPICA	639
379	14	M	MINACCIA DI ABORTO	639
380	14	M	ABORTO SENZA DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	699
381	14	C	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	2.720 *
382	14	M	FALSO TRAVAGLIO	678
383	14	M	ALTRE DIAGNOSI PREPARTO CON COMPLICAZIONI MEDICHE	639
384	14	M	ALTRE DIAGNOSI PREPARTO SENZA COMPLICAZIONI MEDICHE	639
385	15		NEONATI MORTI O TRASFERITI AD ALTRE STRUTTURE DI ASSISTENZA PER ACUTI	612
386	15		NEONATI GRAVEMENTE IMMATURI O CON SINDROME DA DISTRESS RESPIRATORIO	556
387	15		PREMATURITA` CON AFFEZIONI MAGGIORI	526
388	15		PREMATURITA` SENZA AFFEZIONI MAGGIORI	419
389	15		NEONATI A TERMINE CON AFFEZIONI MAGGIORI	419
390	15		NEONATI CON ALTRE AFFEZIONI SIGNIFICATIVE	419
392	16	C	SPLENECTOMIA, ETA` > 17	972
393	16	C	SPLENECTOMIA, ETA` < 18	972
394	16	C	ALTRI INTERVENTI SUGLI ORGANI EMOPOIETICI	972
395	16	M	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA` > 17	597
396	16	M	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA` < 18	621
397	16	M	DISTURBI DELLA COAGULAZIONE	879
398	16	M	DISTURBI DEL SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO CON CC	738
399	16	M	DISTURBI DEL SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO SENZA CC	597
400	17	C	LINFOMA E LEUCEMIA CON INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI	658
401	17	C	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI CON CC	658
402	17	C	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC	658
403	17	M	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC	748
404	17	M	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC	618
405	17	M	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETA` < 18	1.403
406	17	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI CON CC	3.477
407	17	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI SENZA CC	2.490
408	17	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON ALTRI INTERVENTI	658
409	17	M	RADIOTERAPIA	732

ALLEGATO 2 - FASCIA A

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera
410	17	M	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNASI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	696
411	17	M	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA	618
412	17	M	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA CON ENDOSCOPIA	705
413	17	M	ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE, CON CC	618
414	17	M	ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE, SENZA CC	618
415	18	C	INTERVENTI CHIRURGICI PER MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	657
416	18	M	SETTICEMIA, ETA` > 17	657
417	18	M	SETTICEMIA, ETA` < 18	657
418	18	M	INFEZIONI POST-CHIRURGICHE E POST-TRAUMATICHE	657
419	18	M	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA` > 17 CON CC	657
420	18	M	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA` > 17 SENZA CC	657
421	18	M	MALATTIE DI ORIGINE VIRALE, ETA` > 17	657
422	18	M	MALATTIE DI ORIGINE VIRALE E FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA` < 18	657
423	18	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	664
424	19	C	INTERVENTI CHIRURGICI DI QUALUNQUE TIPO IN PAZIENTI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DI MALATTIA MENTALE	544
425	19	M	REAZIONE ACUTA DI ADATTAMENTO E DISFUNZIONE PSICOSOCIALE	559
426	19	M	NEVROSI DEPRESSIVE	544
427	19	M	NEVROSI ECCETTO NEVROSI DEPRESSIVE	544
428	19	M	DISTURBI DELLA PERSONALITA` E DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI	544
429	19	M	DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE	544
430	19	M	PSICOSI	544
431	19	M	DISTURBI MENTALI DELL'INFANZIA	544
432	19	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A DISTURBI MENTALI	544
433	20		ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI; DIMESSO CONTRO IL PARERE DEI SANITARI	616
434	20		ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI, DISINTOSSICAZIONE O ALTRO TRATTAMENTO SINTOMATICO CON CC	424
435	20		ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI, DISINTOSSICAZIONE O ALTRO TRATTAMENTO SINTOMATICO SENZA CC	406
436	20		DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI CON TERAPIA RIABILITATIVA	381
437	20		DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI, TERAPIA RIABILITATIVA E DISINTOSSICANTE COMBINATE	381
439	21	C	TRAPIANTI DI PELLE PER TRAUMATISMO	790
440	21	C	SBRIGLIAMENTO DI FERITE PER TRAUMATISMO	790
441	21	C	INTERVENTI SULLA MANO PER TRAUMATISMO	790
442	21	C	ALTRI INTERVENTI CHIRURIGICI PER TRAUMATISMO, CON CC	790
443	21	C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO, SENZA CC	790
444	21	M	TRAUMATISMI, ETA` > 17, CON CC	573
445	21	M	TRAUMATISMI, ETA` > 17, SENZA CC	573
446	21	M	TRAUMATISMI, ETA` < 18	668
447	21	M	REAZIONI ALLERGICHE, ETA` > 17	610

ALLEGATO 2 - FASCIA A

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera
448	21	M	REAZIONI ALLERGICHE, ETA' < 18	573
449	21	M	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA' > 17 CON CC	613
450	21	M	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA' > 17 SENZA CC	592
451	21	M	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA' < 18	706
452	21	M	COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTI, CON CC	644
453	21	M	COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTI, SENZA CC	573
454	21	M	ALTRE DIAGNOSI DI TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI, CON CC	709
455	21	M	ALTRE DIAGNOSI DI TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI, SENZA CC	657
456	22	M	USTIONI, PAZIENTE TRASFERITO AD ALTRA STRUTTURA DI ASSISTENZA PER ACUTI	894
457	22	M	USTIONI ESTESE SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	632
460	22	M	USTIONI NON ESTESE SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	538
461	23	C	INTERVENTO CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON I SERVIZI SANITARI	450
462	23	M	RIABILITAZIONE	479
463	23	M	SEGNI E SINTOMI CON CC	545
464	23	M	SEGNI E SINTOMI SENZA CC	450
465	23	M	ASSISTENZA RIABILITATIVA CON ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA COME DIAGNOSI SECONDARIA	450
466	23	M	ASSISTENZA RIABILITATIVA SENZA ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA COME DIAGNOSI SECONDARIA	605
467	23	M	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	554
469			DIAGNOSI PRINCIPALE NON VALIDA COME DIAGNOSI DI DIMISSIONE	137
470			NON ATTRIBUIBILE AD ALTRO DRG	137
471	8	C	INTERVENTI MAGGIORI BILATERALI O MULTIPLI SULLE ARTICOLAZIONI DEGLI ARTI INFERIORI	718
473	17	M	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETA' > 17	1.613
475	4	M	DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA	953
478	5	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, CON CC	1.058
479	5	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, SENZA CC	1.058
484	24	C	CRANIOTOMIA PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	866
485	24	C	REIMPIANTO DI ARTI, INTERVENTI SU ANCA E FEMORE PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	866
486	24	C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	866
487	24	M	ALTRI TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	922
488	25	C	H.I.V. ASSOCIATO AD INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO	734
489	25	M	H.I.V. ASSOCIATO AD ALTRE PATOLOGIE MAGGIORI CORRELATE	734
490	25	M	H.I.V. ASSOCIATO O NON AD ALTRE PATOLOGIE CORRELATE	734
491	8	C	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI SUPERIORI	718
492	17	M	CHEMIOTERAPIA ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	1.148

* (compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

VISTO: IL VICEPRESIDENTE: CIANI

VISTO: IL SEGRETARIO: BELLAROSA

ALLEGATO 3 - FASCIA B

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

(Importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
1	1	C	CRANIOTOMIA ETA' > 17, ECCETTO PER TRAUMATISMO	15.013	482	57	410
2	1	C	CRANIOTOMIA ETA' > 17 PER TRAUMATISMO	13.566	732	34	481
3	1	C	CRANIOTOMIA ETA' < 18	14.068	463	54	481
4	1	C	INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE	10.210	396	47	261
5	1	C	INTERVENTI SUI VASI EXTRACRANICI	7.519	502	31	417
6	1	C	DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	2.386	2.386	11	441
7	1	C	INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO CON CC	11.448	414	83	330
8	1	C	INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	4.398	465	25	271
9	1	M	MALATTIE E TRAUMATISMI DEL MIDOLLO SPINALE	8.397	436	41	363
10	1	M	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	7.824	450	60	389
11	1	M	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO SENZA CC	5.118	421	50	355
12	1	M	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	6.403	369	48	317
13	1	M	SCLEROSI MULTIPLA E ATASSIA CEREBELLARE	4.226	363	43	322
14	1	M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCETTO ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO	6.234	380	52	312
15	1	M	ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO E OCCLUSIONI PRECEREBRALI	3.906	369	24	314
16	1	M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE CON CC	6.248	401	41	329
17	1	M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE SENZA CC	4.485	353	37	212
18	1	M	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI CON CC	5.166	393	37	324
19	1	M	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC	3.959	380	33	242
20	1	M	INFEZIONI DEL SISTEMA NERVOSO ECCETTO MENINGITE VIRALE	8.695	508	55	290
21	1	M	MENINGITE VIRALE	4.822	387	31	225
22	1	M	ENCEFALOPATIA IPERTENSIVA	5.322	399	31	344
23	1	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE NON TRAUMATICA	4.392	371	41	271
24	1	M	CONVULSIONI E CEFALEA ETA' > 17 CON CC	4.266	432	31	337
25	1	M	CONVULSIONI E CEFALEA ETA' > 17 SENZA CC	3.253	390	25	248
26	1	M	CONVULSIONI E CEFALEA ETA' < 18	2.745	482	19	414
27	1	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA > 1 ORA	7.168	503	37	388
28	1	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' > 17 CON CC	6.690	490	31	403
29	1	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' > 17 SENZA CC	3.414	424	14	352
30	1	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' < 18	2.237	581	7	465
31	1	M	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA' > 17 CON CC	3.322	675	25	517
32	1	M	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA' > 17 SENZA CC	2.225	576	11	271
33	1	M	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA' < 18	1.758	668	7	535
34	1	M	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO, CON CC	6.819	458	49	403
35	1	M	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO, SENZA CC	4.485	396	41	338
36	2	C	INTERVENTI SULLA RETINA	4.514	436	24	294
37	2	C	INTERVENTI SULL'ORBITA	5.343	855	28	384

ALLEGATO 3 - FASCIA B

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

(Importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
38	2	C	INTERVENTI PRIMARI SULL'IRIDE	3.107	398	17	354
39	2	C	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	2.980	2.980	14	386
40	2	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA, ETA' > 17	2.309	490	11	415
41	2	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA, ETA' < 18	2.108	803	7	417
42	2	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	3.879	473	21	312
43	2	M	IFEMA	1.851	383	14	283
44	2	M	INFEZIONI ACUTE MAGGIORI DELL'OCCHIO	3.788	390	27	241
45	2	M	MALATTIE NEUROLOGICHE DELL'OCCHIO	3.560	472	25	392
46	2	M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' > 17 CON CC	3.956	456	29	385
47	2	M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' > 17 SENZA CC	2.992	423	23	358
48	2	M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' < 18	2.601	504	15	448
49	3	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL CAPO E SUL COLLO	11.050	431	71	310
50	3	C	SIALOADENECTOMIA	4.289	454	24	354
51	3	C	INTERVENTI SULLE GHIANDOLE SALIVARI ECCETTO SIALOADENECTOMIA	3.760	462	17	350
52	3	C	RIPARAZIONE DI CHEILOSCHISI E DI PALATOSCHISI	3.782	391	18	335
53	3	C	INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA' > 17	3.551	3.551	17	310
54	3	C	INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA' < 18	3.319	3.319	21	254
55	3	C	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	3.173	3.173	14	350
56	3	C	RINOPLASTICA	2.795	526	14	335
57	3	C	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCETTO SOLO TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDEC ETA'>17	2.353	2.353	11	298
58	3	C	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCETTO SOLO TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA ETA' <18	2.225	2.225	5	400
59	3	C	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA' > 17	1.618	1.618	7	282
60	3	C	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA' < 18	1.072	1.072	5	360
61	3	C	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, ETA' > 17	3.750	3.750	15	577
62	3	C	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, ETA' < 18	2.143	2.143	7	468
63	3	C	ALTRI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	5.163	492	24	323
64	3	M	NEOPLASIE MALIGNE DI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	5.589	450	37	362
65	3	M	ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO	3.047	390	24	339
66	3	M	EPISTASSI	2.554	438	17	269
67	3	M	EPIGLOTTIDITE	2.846	569	17	415
68	3	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 CON CC	3.989	427	27	385
69	3	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 SENZA CC	2.850	382	17	335
70	3	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' < 18	2.163	419	11	296
71	3	M	LARINGOTRACHEITE	2.654	412	11	394
72	3	M	TRAUMATISMI E DEFORMITA' DEL NASO	3.132	588	14	453
73	3	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' > 17	3.401	494	17	410
74	3	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' < 18	2.189	576	7	436

ALLEGATO 3 - FASCIA B

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

(Importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
75	4	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE	11.644	525	48	349
76	4	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO, CON CC	11.027	432	64	339
77	4	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC	4.257	362	45	324
78	4	M	EMBOLIA POLMONARE	6.822	390	55	325
79	4	M	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 CON CC	10.595	369	79	321
80	4	M	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 SENZA CC	7.727	321	92	295
81	4	M	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' < 18	6.857	518	41	462
82	4	M	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	6.052	410	47	267
83	4	M	TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE, CON CC	3.839	453	24	359
84	4	M	TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE, SENZA CC	2.335	421	17	347
85	4	M	VERSAMENTO PLEURICO, CON CC	6.940	398	51	362
86	4	M	VERSAMENTO PLEURICO, SENZA CC	6.102	386	48	221
87	4	M	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	5.023	430	31	341
88	4	M	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	4.581	326	31	287
89	4	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 CON CC	6.302	381	38	335
90	4	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 SENZA CC	4.203	308	31	198
91	4	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' < 18	3.092	385	17	353
92	4	M	MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE, CON CC	7.462	367	44	321
93	4	M	MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE, SENZA CC	4.960	349	39	312
94	4	M	PNEUMOTORACE, CON CC	6.811	404	41	347
95	4	M	PNEUMOTORACE, SENZA CC	3.581	342	24	294
96	4	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 CON CC	3.770	353	28	304
97	4	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 SENZA CC	2.959	312	27	207
98	4	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' < 18	2.442	401	17	369
99	4	M	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, CON CC	4.089	347	41	183
100	4	M	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, SENZA CC	3.034	322	37	171
101	4	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, CON CC	4.757	441	34	372
102	4	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC	2.856	409	25	355
103	5	C	TRAPIANTO CARDIACO	79.335	1.478	70	918
104	5	C	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE CON CATETERISMO CARDIACO	29.099	1.629	48	1.071
105	5	C	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE SENZA CATETERISMO CARDIACO	24.600	1.112	38	497
106	5	C	BYPASS CORONARICO CON CATETERISMO CARDIACO	24.768	1.581	52	1.039
107	5	C	BYPASS CORONARICO SENZA CATETERISMO CARDIACO	20.500	821	29	453
108	5	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE	18.040	975	32	593
110	5	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, CON CC	16.184	752	61	449
111	5	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, SENZA CC	9.922	513	45	367
112	5	C	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA	9.840	9.840	24	555

ALLEGATO 3 - FASCIA B

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

(Importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
113	5	C	AMPUTAZIONE PER DISTURBI CIRCOLATORI ECCETTO AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE	15.004	455	87	340
114	5	C	AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE PER MALATTIE APPARATO CIRCOLATORIO	10.230	362	82	375
115	5	C	IMPIANTO PACEMAKER CARDIACO PERMANENTE CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO, INSUFFICIENZA CARDIACA O SHOCK	16.799	16.799	41	694
116	5	C	ALTRI INTERVENTI PER IMPIANTO DI PACEMAKER CARDIACO PERMANENTE O DI DEFIBRILLATORE AUTOMATICO (AICD) O DI GENERATORE DI IMPULSI	11.022	11.022	24	575
117	5	C	REVISIONE DEL PACEMAKER CARDIACO, ECCETTO SOSTITUZIONE	7.736	7.736	28	474
118	5	C	SOSTITUZIONE DI PACEMAKER CARDIACO	10.250	10.250	32	412
119	5	C	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	3.014	3.014	14	389
120	5	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO CIRCOLATORIO	10.521	558	65	496
121	5	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO E COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI DIMESSI VIVI	7.754	469	32	377
122	5	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO SENZA COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI DIMESSI VIVI	6.175	465	26	372
123	5	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO, MORTI	5.574	691	27	485
124	5	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI COMPLICATA	5.750	5.750	37	573
125	5	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI NON COMPLICATA	2.758	2.758	14	391
126	5	M	ENDOCARDITE ACUTA E SUBACUTA	13.271	417	98	357
127	5	M	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	4.909	378	34	316
128	5	M	TROMBOFLEBITE DELLE VENE PROFONDE	4.175	335	31	292
129	5	M	ARRESTO CARDIACO SENZA CAUSA APPARENTE	6.416	526	56	319
130	5	M	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, CON CC	5.597	396	48	339
131	5	M	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, SENZA CC	3.879	359	39	314
132	5	M	ATEROSCLEROSI, CON CC	4.813	395	34	240
133	5	M	ATEROSCLEROSI, SENZA CC	3.464	367	34	221
134	5	M	IPERTENSIONE	3.200	372	27	235
135	5	M	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' > 17 CON CC	4.831	420	34	339
136	5	M	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' > 17 SENZA CC	3.310	379	35	334
137	5	M	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' < 18	5.082	737	19	565
138	5	M	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, CON CC	5.132	510	31	441
139	5	M	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, SENZA CC	3.008	387	25	332
140	5	M	ANGINA PECTORIS	3.460	391	24	335
141	5	M	SINCOPE E COLLASSO, CON CC	3.837	418	27	249
142	5	M	SINCOPE E COLLASSO, SENZA CC	2.864	385	21	227
143	5	M	DOLORE TORACICO	3.564	607	19	538
144	5	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO CON CC	6.262	456	37	373
145	5	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO SENZA CC	4.263	400	41	347
146	6	C	RESEZIONE RETTALE, CON CC	13.266	422	66	340
147	6	C	RESEZIONE RETTALE, SENZA CC	9.266	365	54	312
148	6	C	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, CON CC	13.934	462	65	378
149	6	C	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	8.157	359	49	236

ALLEGATO 3 - FASCIA B

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

(Importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
150	6	C	LISI DI ADERENZE PERITONEALI, CON CC	8.404	505	41	387
151	6	C	LISI DI ADERENZE PERITONEALI, SENZA CC	4.728	414	26	299
152	6	C	INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, CON CC	7.906	520	48	331
153	6	C	INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	5.544	450	34	317
154	6	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' > 17 CON CC	16.136	627	67	429
155	6	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' > 17 SENZA CC	7.767	394	48	295
156	6	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' < 18	7.451	461	24	381
157	6	C	INTERVENTI SU ANO E STOMA, CON CC	5.484	415	34	347
158	6	C	INTERVENTI SU ANO E STOMA, SENZA CC	2.809	387	17	343
159	6	C	INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 CON CC	7.779	7.779	44	312
160	6	C	INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 SENZA CC	3.796	3.796	27	307
161	6	C	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 CON CC	4.537	4.537	27	365
162	6	C	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 SENZA CC	2.939	2.939	14	330
163	6	C	INTERVENTI PER ERNIA, ETA' < 18	2.104	2.104	7	467
164	6	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA, CON CC	6.838	501	28	369
165	6	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA, SENZA CC	3.556	486	12	353
166	6	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA, CON CC	4.941	418	22	359
167	6	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA, SENZA CC	2.590	449	12	295
168	3	C	INTERVENTI SULLA BOCCA, CON CC	5.774	5.774	43	314
169	3	C	INTERVENTI SULLA BOCCA, SENZA CC	3.957	3.957	23	311
170	6	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	11.234	554	64	387
171	6	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	6.232	354	44	339
172	6	M	NEOPLASIE MALIGNE DELL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	6.262	430	53	377
173	6	M	NEOPLASIE MALIGNE DELL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	5.790	426	51	345
174	6	M	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, CON CC	5.735	421	37	336
175	6	M	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, SENZA CC	3.406	366	27	306
176	6	M	ULCERA PEPTICA COMPLICATA	4.669	429	31	341
177	6	M	ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA, CON CC	4.637	354	34	294
178	6	M	ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA, SENZA CC	3.158	342	27	216
179	6	M	MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'INTESTINO	5.182	392	38	333
180	6	M	OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, CON CC	4.396	409	34	340
181	6	M	OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, SENZA CC	2.846	354	24	216
182	6	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA'>17 CON CC	3.957	376	31	239
183	6	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' >17 SENZA CC	2.766	362	25	236
184	6	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18	2.004	424	11	381
185	3	M	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE, ECCETTO ESTRAZIONE E RIPARAZIONE, ETA' >17	3.100	494	23	376
186	3	M	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE, ECCETTO ESTRAZIONE E RIPARAZIONE, ETA' < 18	2.332	462	15	404

ALLEGATO 3 - FASCIA B

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

(Importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
187	3	M	ESTRAZIONI E RIPARAZIONI DENTALI	2.630	590	11	403
188	6	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 CON CC	5.263	426	39	347
189	6	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 SENZA CC	2.929	398	21	341
190	6	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18	2.594	440	15	387
191	7	C	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC	18.754	706	71	422
192	7	C	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT SENZA CC	11.597	446	59	341
193	7	C	INTERVENTI SULLE VIE BILIARI ECCETTO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC	13.929	477	62	371
194	7	C	INTERVENTI SULLE VIE BILIARI, ECCETTO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	10.406	371	57	370
195	7	C	COLECISTECTOMIA CON ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, CON CC	11.016	449	50	329
196	7	C	COLECISTECTOMIA CON ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, SENZA CC	7.191	331	46	217
197	7	C	COLECISTECTOMIA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, CON CC	8.032	422	48	319
198	7	C	COLECISTECTOMIA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, SENZA CC	4.463	4.463	27	309
199	7	C	PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI PER NEOPLASIE MALIGNE	10.462	403	61	264
200	7	C	PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI NON PER NEOPLASIE MALIGNE	9.893	408	45	445
201	7	C	ALTRI INTERVENTI EPATOBILIARI O SUL PANCREAS	13.533	773	86	513
202	7	M	CIRROSI E EPATITE ALCOOLICA	6.501	507	41	394
203	7	M	NEOPLASIE MALIGNE DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	5.587	435	51	348
204	7	M	MALATTIE DEL PANCREAS ECCETTO NEOPLASIE MALIGNE	5.232	385	37	323
205	7	M	MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNE,CIRROSI,EPATITE ALCOLICA,CON CC	5.984	433	42	385
206	7	M	MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNE,CIRROSI,EPATITE ALCOLICA, SENZA CC	3.797	430	41	346
207	7	M	MALATTIE DELLE VIE BILIARI, CON CC	5.439	403	37	309
208	7	M	MALATTIE DELLE VIE BILIARI, SENZA CC	3.553	364	31	248
209	8	C	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI INFERIORI	12.670	427	42	302
210	8	C	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' >17 CON CC	12.038	381	62	285
211	8	C	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' >17 SENZA CC	6.772	375	37	281
212	8	C	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' < 18	8.695	503	41	432
213	8	C	AMPUTAZIONI PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	9.294	395	82	252
214	8	C	INTERVENTI SU DORSO E COLLO, CON CC	10.908	384	57	312
215	8	C	INTERVENTI SU DORSO E COLLO, SENZA CC	5.207	5.207	34	237
216	8	C	BIOPSIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	7.470	496	37	493
217	8	C	SBRIGLIAMENTO FERITA E TRAPIANTO CUTANEO ECCETTO MANO, PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	12.939	597	69	404
218	8	C	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERO ECCETTO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA'>17 CON CC	8.970	438	48	294
219	8	C	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERO ECCETTO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA'>17 SENZA CC	4.394	4.394	31	279
220	8	C	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERO ECCETTO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA' < 18	4.051	4.051	24	324
221	8	C	INTERVENTI SUL GINOCCHIO CON CC	6.897	6.897	42	305
222	8	C	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC	4.370	4.370	21	290
223	8	C	INTERVENTI MAGGIORI SU SPALLA E GOMITO O ALTRI INTERVENTI SU ARTO SUPERIORE CON CC	3.797	3.797	24	312

ALLEGATO 3 - FASCIA B

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

(Importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
224	8	C	INTERVENTI SU SPALLA, GOMITO O AVAMBRACCIO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SU ARTICOLAZIONI SENZA CC	3.240	3.240	21	298
225	8	C	INTERVENTI SUL PIEDE	3.613	3.613	21	361
226	8	C	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI CON CC	7.264	365	42	324
227	8	C	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	3.096	463	17	321
228	8	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL POLLICE O SULLE ARTICOLAZIONI O ALTRI INTERVENTI MANO O POLSO CON CC	3.460	513	21	368
229	8	C	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	2.430	2.430	11	310
230	8	C	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE DI ANCA E FEMORE	3.665	3.665	21	239
231	8	C	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE ECCETTO ANCA E FEMORE	3.696	3.696	17	366
232	8	C	ARTROSCOPIA	3.137	3.137	14	309
233	8	C	ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO CON CC	11.083	550	47	400
234	8	C	ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	5.250	391	42	326
235	8	M	FRATTURE DEL FEMORE	6.153	455	50	395
236	8	M	FRATTURE DELL'ANCA E DELLA PELVI	6.183	466	51	417
237	8	M	DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI ANCA, PELVI E COSCIA	3.230	394	33	326
238	8	M	OSTEOMIELITE	6.819	433	51	225
239	8	M	FRATTURE PATOLOGICHE E NEOPLASIE MALIGNE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	5.319	461	37	379
240	8	M	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, CON CC	7.502	421	47	275
241	8	M	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, SENZA CC	4.793	383	59	226
242	8	M	ARTRITE SETTICA	6.405	479	60	245
243	8	M	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	3.455	384	31	209
244	8	M	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE, CON CC	4.716	456	37	211
245	8	M	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE, SENZA CC	3.349	373	39	164
246	8	M	ARTROPATIE NON SPECIFICHE	3.555	365	39	195
247	8	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI AL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E AL TESSUTO CONNETTIVO	3.042	399	41	227
248	8	M	TENDINITE, MIOSITE E BORSITE	3.141	388	32	330
249	8	M	ASSISTENZA RIABILITATIVA PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	2.335	476	15	354
250	8	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE, ETA' >17 CON CC	3.435	731	25	276
251	8	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE, ETA' >17 SENZA CC	2.364	531	11	260
252	8	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE, ETA' <18	1.668	581	4	380
253	8	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO, GAMBA, ECCETTO PIEDE, ETA' >17 CON CC	3.797	509	31	310
254	8	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO, GAMBA, ECCETTO PIEDE, ETA' >17 SENZA CC	2.264	371	15	230
255	8	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO, GAMBA, ECCETTO PIEDE, ETA' < 18	2.233	571	11	327
256	8	M	ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	2.757	443	23	279
257	9	C	MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNE, CON CC	6.972	350	38	316
258	9	C	MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNE, SENZA CC	4.508	397	29	302
259	9	C	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNE, CON CC	6.840	438	37	288
260	9	C	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNE, SENZA CC	3.781	3.781	24	250

ALLEGATO 3 - FASCIA B

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

(Importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
261	9	C	INTERVENTI SULLA MAMMELLA NON PER NEOPLASIE MALIGNE ECCETTO BIOPSIA E ESCISSIONE LOCALE	3.998	3.998	17	367
262	9	C	BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNE	2.530	528	11	391
263	9	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI PER ULCERE DELLA PELLE O CELLULITE CON CC	11.061	287	97	207
264	9	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI PER ULCERE PELLE O CELLULITE SENZA CC	6.522	315	72	189
265	9	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE CON CC	7.650	391	43	336
266	9	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	4.249	396	23	261
267	9	C	INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI	3.176	400	21	357
268	9	C	CHIRURGIA PLASTICA DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA	3.390	472	19	336
269	9	C	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA CON CC	6.552	567	49	399
270	9	C	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	2.785	446	19	339
271	9	M	ULCERE DELLA PELLE	6.944	332	61	289
272	9	M	MALATTIE MAGGIORI DELLA PELLE CON CC	5.976	441	44	359
273	9	M	MALATTIE MAGGIORI DELLA PELLE SENZA CC	4.358	349	38	321
274	9	M	NEOPLASIE MALIGNE DELLA MAMMELLA CON CC	7.178	509	59	305
275	9	M	NEOPLASIE MALIGNE DELLA MAMMELLA SENZA CC	4.776	424	27	254
276	9	M	PATOLOGIE NON MALIGNE DELLA MAMMELLA	2.184	416	19	335
277	9	M	CELLULITE ETA' > 17 CON CC	5.374	365	37	210
278	9	M	CELLULITE ETA' > 17 SENZA CC	3.186	347	28	207
279	9	M	CELLULITE ETA' < 18	2.433	430	14	392
280	9	M	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA'>17 CON CC	3.066	524	25	425
281	9	M	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SUBCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA'>17 SENZA CC	2.554	514	15	411
282	9	M	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA'<18	2.324	800	7	368
283	9	M	MALATTIE MINORI DELLA PELLE CON CC	4.582	391	34	233
284	9	M	MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC	2.709	372	27	334
285	10	C	AMPUTAZIONI DI ARTO INFERIORE PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI O METABOLICHE	15.331	279	104	207
286	10	C	INTERVENTI SUL SURRENE E SULLA IPOFISI	11.144	426	38	410
287	10	C	TRAPIANTI CUTANEI E SBRIGLIAMENTO DI FERITE PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE	10.145	315	69	268
288	10	C	INTERVENTI PER OBESITA'	5.673	651	41	289
289	10	C	INTERVENTI SULLE PARATIROIDI	5.676	365	28	371
290	10	C	INTERVENTI SULLA TIROIDE	3.962	3.962	21	262
291	10	C	INTERVENTI SUL DOTTO TIREOGLOSSO	2.112	472	14	318
292	10	C	ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE CON CC	12.378	818	65	538
293	10	C	ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE SENZA CC	8.006	310	43	204
294	10	M	DIABETE ETA' > 35	4.103	356	34	216
295	10	M	DIABETE ETA' < 36	3.477	483	32	411
296	10	M	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' > 17 CON CC	5.260	394	41	359
297	10	M	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' > 17 SENZA CC	4.062	381	39	321

ALLEGATO 3 - FASCIA B

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

(Importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
298	10	M	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' < 18	2.440	394	15	322
299	10	M	DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO	4.458	541	27	367
300	10	M	MALATTIE ENDOCRINE, CON CC	5.322	443	42	367
301	10	M	MALATTIE ENDOCRINE, SENZA CC	3.077	443	32	247
302	11	C	TRAPIANTO RENALE	58.179	1.684	62	1.182
303	11	C	INTERVENTI SU RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA, PER NEOPLASIA	11.467	440	58	289
304	11	C	INTERVENTI SU RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA, NON PER NEOPLASIA MALIGNA CON CC	10.491	455	51	358
305	11	C	INTERVENTI SU RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA, NON PER NEOPLASIA, SENZA CC	7.710	7.710	37	349
306	11	C	PROSTATECTOMIA, CON CC	7.116	349	44	346
307	11	C	PROSTATECTOMIA, SENZA CC	4.404	298	28	287
308	11	C	INTERVENTI MINORI SULLA VESCICA, CON CC	8.389	539	55	449
309	11	C	INTERVENTI MINORI SULLA VESCICA, SENZA CC	5.417	380	42	249
310	11	C	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE, CON CC	5.766	369	31	412
311	11	C	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE, SENZA CC	3.273	3.273	21	256
312	11	C	INTERVENTI SULL'URETRA, ETA' > 17 CON CC	3.686	373	31	334
313	11	C	INTERVENTI SULL'URETRA, ETA' > 17 SENZA CC	3.356	3.356	24	297
314	11	C	INTERVENTI SULL'URETRA, ETA' < 18	3.776	547	25	318
315	11	C	ALTRI INTERVENTI SUL RENE E SULLE VIE URINARIE	9.178	598	68	347
316	11	M	INSUFFICIENZA RENALE	6.296	513	46	401
317	11	M	RICOVERO PER DIALISI RENALE	3.919	472	41	271
318	11	M	NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE CON CC	5.775	529	49	446
319	11	M	NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE SENZA CC	4.560	397	37	327
320	11	M	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' > 17 CON CC	4.431	392	31	327
321	11	M	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' > 17 SENZA CC	3.492	371	24	258
322	11	M	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' < 18	3.437	438	23	258
323	11	M	CALCOLOSI URINARIA, CON CC E/O LITOTRIPSIA MEDIANTE ULTRASUONI	4.403	465	17	392
324	11	M	CALCOLOSI URINARIA, SENZA CC	2.389	352	17	294
325	11	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 CON CC	4.648	477	27	410
326	11	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 SENZA CC	3.387	419	21	363
327	11	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' < 18	2.840	448	15	403
328	11	M	STENOSI URETRALE, ETA' > 17 CON CC	4.162	510	28	241
329	11	M	STENOSI URETRALE, ETA' > 17 SENZA CC	2.411	383	25	198
330	11	M	STENOSI URETRALE, ETA' < 18	2.039	493	15	278
331	11	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 CON CC	5.237	419	42	346
332	11	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 SENZA CC	3.407	407	33	346
333	11	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' < 18	3.562	544	15	443
334	12	C	INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE CON CC	8.644	433	43	335

ALLEGATO 3 - FASCIA B

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

(Importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
335	12	C	INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE SENZA CC	6.955	415	33	326
336	12	C	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE, CON CC	5.492	314	35	290
337	12	C	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE SENZA CC	4.176	305	28	281
338	12	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO PER NEOPLASIA MALIGNA	5.105	399	24	359
339	12	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNE, ETA' >17	2.520	2.520	11	303
340	12	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNE, ETA' <18	2.312	2.312	7	475
341	12	C	INTERVENTI SUL PENE	5.014	5.014	21	324
342	12	C	CIRCONCISIONE ETA' > 17	2.314	2.314	11	421
343	12	C	CIRCONCISIONE ETA' < 18	1.438	1.438	5	388
344	12	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE PER NEOPLASIE MALIGNE	7.408	444	41	292
345	12	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPAR RIPRODUTTIVO MASCHILE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNE	4.813	342	27	359
346	12	M	NEOPLASIE MALIGNE DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE, CON CC	6.472	462	45	392
347	12	M	NEOPLASIE MALIGNE DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE, SENZA CC	4.501	421	41	366
348	12	M	IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA, CON CC	4.312	367	31	308
349	12	M	IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA, SENZA CC	3.405	361	29	307
350	12	M	INFIAMMAZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	2.558	427	17	352
352	12	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	2.423	748	15	306
353	13	C	EVISCERAZIONE PELVICA, ISTERECTOMIA RADICALE E VULVECTOMIA RADICALE	9.247	492	38	408
354	13	C	INTERVENTI SU UTERO E SU ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNE NON DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI CON CC	9.056	231	57	281
355	13	C	INTERVENTI SU UTERO E SU ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNE NON DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI SENZA CC	3.141	363	29	212
356	13	C	INTERVENTI RICOSTRUTTIVI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	4.353	328	23	215
357	13	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNE DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI	9.732	461	45	303
358	13	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNE, CON CC	5.638	399	29	314
359	13	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNE, SENZA CC	4.048	4.048	17	255
360	13	C	INTERVENTI SU VAGINA, CERVICE E VULVA	3.085	591	11	389
361	13	C	LAPAROSCOPIA E OCCLUSIONE LAPAROTOMICA DELLE TUBE	2.640	2.640	11	403
362	13	C	OCCLUSIONE ENDOSCOPICA DELLE TUBE	1.661	1.661	7	256
363	13	C	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE E IMPIANTO MATERIALE RADIOATTIVO PER NEOPLASIE MALIGNE	3.815	3.815	17	426
364	13	C	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNE	2.334	2.334	7	374
365	13	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	5.898	446	43	294
366	13	M	NEOPLASIE MALIGNE DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE, CON CC	6.303	494	55	409
367	13	M	NEOPLASIE MALIGNE DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE, SENZA CC	3.668	448	27	401
368	13	M	INFEZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	2.941	410	17	279
369	13	M	DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	2.179	497	11	426
370	14	C	PARTO CESAREO CON CC	5.354	465	22	306
371	14	C	PARTO CESAREO SENZA CC	3.747	408	13	269
372	14	M	PARTO VAGINALE CON DIAGNOSI COMPLICANTI	3.562	504	17	395

ALLEGATO 3 - FASCIA B

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

(Importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
373	14	M	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	2.365	489	7	312
374	14	C	PARTO VAGINALE CON STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	3.089	496	9	408
375	14	C	PARTO VAGINALE CON ALTRO INTERVENTO ECCETTO STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	4.835	474	9	537
376	14	M	DIAGNOSI RELATIVE A POSTPARTO E POSTABORTO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	2.036	422	8	352
377	14	C	DIAGNOSI RELATIVE A POSTPARTO E POSTABORTO CON INTERVENTO CHIRURGICO	3.800	857	15	564
378	14	M	GRAVIDANZA ECTOPICA	3.588	475	14	288
379	14	M	MINACCIA DI ABORTO	3.264	458	17	343
380	14	M	ABORTO SENZA DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	1.747	550	7	301
381	14	C	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	2.142	2.142	4	468
382	14	M	FALSO TRAVAGLIO	697	534	19	150
383	14	M	ALTRE DIAGNOSI PREPARTO CON COMPLICAZIONI MEDICHE	2.471	460	14	306
384	14	M	ALTRE DIAGNOSI PREPARTO SENZA COMPLICAZIONI MEDICHE	2.244	398	19	277
385	15		NEONATI MORTI O TRASFERITI AD ALTRE STRUTTURE DI ASSISTENZA PER ACUTI	6.259	482	19	413
386	15		NEONATI GRAVEMENTE IMMATURI O CON SINDROME DA DISTRESS RESPIRATORIO	19.285	438	138	262
387	15		PREMATURITA' CON AFFEZIONI MAGGIORI	10.753	414	83	250
388	15		PREMATURITA' SENZA AFFEZIONI MAGGIORI	5.966	291	48	286
389	15		NEONATI A TERMINE CON AFFEZIONI MAGGIORI	2.881	323	17	203
390	15		NEONATI CON ALTRE AFFEZIONI SIGNIFICATIVE	2.057	257	14	152
391	15		NEONATO NORMALE	820	275	8	-
392	16	C	SPLENECTOMIA, ETA' > 17	9.622	670	32	463
393	16	C	SPLENECTOMIA, ETA' < 18	6.872	490	20	370
394	16	C	ALTRI INTERVENTI SUGLI ORGANI EMOPOIETICI	6.011	674	29	472
395	16	M	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' > 17	5.388	444	43	379
396	16	M	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' < 18	2.484	489	11	361
397	16	M	DISTURBI DELLA COAGULAZIONE	7.606	692	37	535
398	16	M	DISTURBI DEL SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO CON CC	9.469	581	57	298
399	16	M	DISTURBI DEL SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO SENZA CC	4.621	449	32	268
400	17	C	LINFOMA E LEUCEMIA CON INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI	14.766	620	57	485
401	17	C	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI CON CC	14.213	366	78	432
402	17	C	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC	5.970	361	45	237
403	17	M	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC	11.504	589	60	485
404	17	M	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC	5.698	431	46	375
405	17	M	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETA' < 18	11.835	1.105	19	863
406	17	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI CON CC	16.585	2.738	75	386
407	17	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI SENZA CC	7.980	1.961	51	272
408	17	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON ALTRI INTERVENTI	7.599	565	33	477
409	17	M	RADIOTERAPIA	4.518	576	24	430

ALLEGATO 3 - FASCIA B

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

(Importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
410	17	M	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	2.918	548	11	433
411	17	M	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA	2.490	426	23	262
412	17	M	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA CON ENDOSCOPIA	2.014	555	19	404
413	17	M	ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE, CON CC	8.559	444	65	360
414	17	M	ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE, SENZA CC	5.575	417	50	248
415	18	C	INTERVENTI CHIRURGICI PER MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	11.078	465	49	423
416	18	M	SETTICEMIA, ETA' > 17	7.959	413	51	335
417	18	M	SETTICEMIA, ETA' < 18	4.301	427	24	388
418	18	M	INFEZIONI POST-CHIRURGICHE E POST-TRAUMATICHE	4.408	410	31	358
419	18	M	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' > 17 CON CC	4.775	444	34	273
420	18	M	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' > 17 SENZA CC	3.675	403	28	236
421	18	M	MALATTIE DI ORIGINE VIRALE, ETA' > 17	3.496	418	21	286
422	18	M	MALATTIE DI ORIGINE VIRALE E FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' < 18	2.636	438	14	392
423	18	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	5.309	523	28	402
424	19	C	INTERVENTI CHIRURGICI DI QUALUNQUE TIPO IN PAZIENTI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DI MALATTIA MENTALE	11.845	557	49	350
425	19	M	REAZIONE ACUTA DI ADATTAMENTO E DISFUNZIONE PSICOSOCIALE	3.377	440	33	384
426	19	M	NEVROSI DEPRESSIVE	3.401	335	44	315
427	19	M	NEVROSI ECCETTO NEVROSI DEPRESSIVE	2.993	360	43	339
428	19	M	DISTURBI DELLA PERSONALITA' E DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI	3.752	321	51	298
429	19	M	DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE	4.687	352	53	235
430	19	M	PSICOSI	4.659	303	63	286
431	19	M	DISTURBI MENTALI DELL'INFANZIA	2.896	363	27	248
432	19	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A DISTURBI MENTALI	3.715	377	25	280
433	20		ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI; DIMESSO CONTRO IL PARERE DEI SANITARI	1.753	485	4	448
434	20		ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI, DISINTOSSICAZIONE O ALTRO TRATTAMENTO SINTOMATICO CON CC	3.704	334	31	305
435	20		ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI, DISINTOSSICAZIONE O ALTRO TRATTAMENTO SINTOMATICO SENZA CC	3.149	320	41	304
436	20		DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI CON TERAPIA RIABILITATIVA	3.705	219	51	131
437	20		DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI, TERAPIA RIABILITATIVA E DISINTOSSICANTE COMBINATE	4.087	238	57	143
439	21	C	TRAPIANTI DI PELLE PER TRAUMATISMO	6.079	517	50	340
440	21	C	SBRIGLIAMENTO DI FERITE PER TRAUMATISMO	8.148	864	47	568
441	21	C	INTERVENTI SULLA MANO PER TRAUMATISMO	3.018	540	19	335
442	21	C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO, CON CC	10.920	483	78	446
443	21	C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO, SENZA CC	6.261	421	43	334
444	21	M	TRAUMATISMI, ETA' > 17, CON CC	3.962	380	28	324
445	21	M	TRAUMATISMI, ETA' > 17, SENZA CC	2.648	377	23	317
446	21	M	TRAUMATISMI, ETA' < 18	2.018	526	7	437
447	21	M	REAZIONI ALLERGICHE, ETA' > 17	2.535	480	19	405

ALLEGATO 3 - FASCIA B

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

(Importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
448	21	M	REAZIONI ALLERGICHE, ETA' < 18	1.510	446	7	411
449	21	M	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA' > 17 CON CC	4.000	483	29	390
450	21	M	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA' > 17 SENZA CC	2.244	466	11	381
451	21	M	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA' < 18	1.676	556	4	416
452	21	M	COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTI, CON CC	3.761	507	46	298
453	21	M	COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTI, SENZA CC	2.768	373	29	265
454	21	M	ALTRE DIAGNOSI DI TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI, CON CC	4.687	558	41	430
455	21	M	ALTRE DIAGNOSI DI TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI, SENZA CC	2.998	517	23	226
456	22	M	USTIONI, PAZIENTE TRASFERITO AD ALTRA STRUTTURA DI ASSISTENZA PER ACUTI	6.018	704	32	397
457	22	M	USTIONI ESTESE SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	7.562	498	50	398
458	22	C	USTIONI NON ESTESE CON TRAPIANTO DI PELLE	16.720	693	81	456
459	22	C	USTIONI NON ESTESE CON SBRIGLIAMENTO DI FERITE E ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO	7.096	472	48	311
460	22	M	USTIONI NON ESTESE SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	4.235	424	31	257
461	23	C	INTERVENTO CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON I SERVIZI SANITARI	4.441	392	29	339
462	23	M	RIABILITAZIONE	3.085	377	45	145
463	23	M	SEGNI E SINTOMI CON CC	5.195	429	42	236
464	23	M	SEGNI E SINTOMI SENZA CC	3.155	346	32	218
465	23	M	ASSISTENZA RIABILITATIVA CON ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA COME DIAGNOSI SECONDARIA	1.325	319	19	318
466	23	M	ASSISTENZA RIABILITATIVA SENZA ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA COME DIAGNOSI SECONDARIA	2.327	476	7	276
467	23	M	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	2.403	436	11	231
468		C	INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	9.229	668	39	440
469			DIAGNOSI PRINCIPALE NON VALIDA COME DIAGNOSI DI DIMISSIONE	697	180	15	126
470			NON ATTRIBUIBILE AD ALTRO DRG	697	107	33	75
471	8	C	INTERVENTI MAGGIORI BILATERALI O MULTIPLI SULLE ARTICOLAZIONI DEGLI ARTI INFERIORI	22.429	493	101	341
472	22	C	USTIONI ESTESE CON INTERVENTO CHIRURGICO	50.627	190	233	477
473	17	M	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETA' > 17	31.340	1.270	102	913
475	4	M	DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA	15.000	750	64	538
476		C	INTERVENTO CHIRURGICO SULLA PROSTATA NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	7.283	463	37	372
477		C	INTERVENTO CHIRURGICO NON ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	4.886	462	29	304
478	5	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, CON CC	9.386	346	62	358
479	5	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, SENZA CC	6.175	451	45	321
480		C	TRAPIANTO DI FEGATO	96.760	1.990	88	1.349
481		C	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO	65.600	3.320	106	1.631
482		C	TRACHEOSTOMIA PER DISTURBI ORALI, LARINGEI O FARINGEI	17.230	3.902	72	353
483		C	TRACHEOSTOMIA ECCETTO PER DISTURBI ORALI, LARINGEI O FARINGEI	64.933	10.743	132	776
484	24	C	CRANIOTOMIA PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	27.806	707	91	761
485	24	C	REIMPIANTO DI ARTI, INTERVENTI SU ANCA E FEMORE PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	20.757	755	57	496

ALLEGATO 3 - FASCIA B

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

(Import. in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
486	24	C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	18.767	691	61	536
487	24	M	ALTRI TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	8.794	726	35	529
488	25	C	H.I.V. ASSOCIATO AD INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO	18.087	477	110	313
489	25	M	H.I.V. ASSOCIATO AD ALTRE PATOLOGIE MAGGIORI CORRELATE	10.569	449	109	279
490	25	M	H.I.V. ASSOCIATO O NON AD ALTRE PATOLOGIE CORRELATE	6.417	467	56	319
491	8	C	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI SUPERIORI	8.035	403	47	282
492	17	M	CHEMIOTERAPIA ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	10.440	904	15	371

TARIFFA GIORNALIERA RELATIVA AI RICOVERI ORDINARI NEI REPARTI PER LUNGODEGENTI	227
TARIFFA GIORNALIERA RELATIVA AI RICOVERI NEI SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA PSICHIATRICI	296

ASSISTENZA ALBERGHIERA PER IL GENITORE CHE ASSISTE IL BAMBINO RICOVERATO	15
TRATTAMENTO CON LITOTRITORE	1.000
PROTESI MAMMARIA	1.500

VISTO: IL VICEPRESIDENTE: CIANI

VISTO: IL SEGRETARIO: BELLAROSA

ALLEGATO 4 - FASCIA B

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO

(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera
1	1	C	CRANIOTOMIA ETA' > 17, ECCETTO PER TRAUMATISMO	627
2	1	C	CRANIOTOMIA ETA' > 17 PER TRAUMATISMO	627
3	1	C	CRANIOTOMIA ETA' < 18	627
4	1	C	INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE	627
5	1	C	INTERVENTI SUI VASI EXTRACRANICI	627
6	1	C	DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	2.386 *
7	1	C	INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO CON CC	627
8	1	C	INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	627
9	1	M	MALATTIE E TRAUMATISMI DEL MIDOLLO SPINALE	436
10	1	M	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	450
11	1	M	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO SENZA CC	421
12	1	M	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	409
13	1	M	SCLEROSI MULTIPLA E ATASSIA CEREBELLARE	409
14	1	M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCETTO ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO	409
15	1	M	ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO E OCCLUSIONI PRECEREBRALI	409
16	1	M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE CON CC	409
17	1	M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE SENZA CC	409
18	1	M	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI CON CC	409
19	1	M	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC	409
20	1	M	INFEZIONI DEL SISTEMA NERVOSO ECCETTO MENINGITE VIRALE	508
21	1	M	MENINGITE VIRALE	409
22	1	M	ENCEFALOPATIA IPERTENSIVA	409
23	1	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE NON TRAUMATICA	409
24	1	M	CONVULSIONI E CEFALEA ETA' > 17 CON CC	432
25	1	M	CONVULSIONI E CEFALEA ETA' > 17 SENZA CC	409
26	1	M	CONVULSIONI E CEFALEA ETA' < 18	482
27	1	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA > 1 ORA	503
28	1	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' > 17 CON CC	490
29	1	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' > 17 SENZA CC	424
30	1	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' < 18	581
31	1	M	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA' > 17 CON CC	675
32	1	M	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA' > 17 SENZA CC	576
33	1	M	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA' < 18	668
34	1	M	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO, CON CC	458
35	1	M	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO, SENZA CC	409
36	2	C	INTERVENTI SULLA RETINA	693

ALLEGATO 4 - FASCIA B

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO

(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera	
37	2	C	INTERVENTI SULL'ORBITA	693	
38	2	C	INTERVENTI PRIMARI SULL'IRIDE	693	
39	2	C	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	2.980	*
40	2	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA, ETA' > 17	693	
41	2	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA, ETA' < 18	693	
42	2	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	693	
43	2	M	IFEMA	442	
44	2	M	INFEZIONI ACUTE MAGGIORI DELL'OCCHIO	442	
45	2	M	MALATTIE NEUROLOGICHE DELL'OCCHIO	472	
46	2	M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' > 17 CON CC	456	
47	2	M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' > 17 SENZA CC	442	
48	2	M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' < 18	504	
49	3	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL CAPO E SUL COLLO	535	
50	3	C	SIALOADENECTOMIA	535	
51	3	C	INTERVENTI SULLE GHIANDOLE SALIVARI ECCETTO SIALOADENECTOMIA	535	
52	3	C	RIPARAZIONE DI CHEILOSCHISI E DI PALATOSCHISI	535	
53	3	C	INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA' > 17	3.551	*
54	3	C	INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA' < 18	3.319	*
55	3	C	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	3.173	*
56	3	C	RINOPLASTICA	535	
57	3	C	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCETTO SOLO TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDEC ETA'>17	2.353	*
58	3	C	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCETTO SOLO TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA ETA' <18	2.225	*
59	3	C	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA' > 17	1.618	*
60	3	C	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA' < 18	1.072	*
61	3	C	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, ETA' > 17	3.750	*
62	3	C	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, ETA' < 18	2.143	*
63	3	C	ALTRI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	535	
64	3	M	NEOPLASIE MALIGNE DI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	450	
65	3	M	ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO	420	
66	3	M	EPISTASSI	438	
67	3	M	EPIGLOTTIDITE	569	
68	3	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 CON CC	427	
69	3	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 SENZA CC	420	
70	3	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' < 18	420	
71	3	M	LARINGOTRACHEITE	420	
72	3	M	TRAUMATISMI E DEFORMITA' DEL NASO	588	
73	3	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' > 17	494	

ALLEGATO 4 - FASCIA B

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO

(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera
74	3	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' < 18	576
75	4	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE	549
76	4	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO, CON CC	549
77	4	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC	549
78	4	M	EMBOLIA POLMONARE	390
79	4	M	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 CON CC	382
80	4	M	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 SENZA CC	382
81	4	M	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' < 18	518
82	4	M	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	410
83	4	M	TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE, CON CC	453
84	4	M	TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE, SENZA CC	421
85	4	M	VERSAMENTO PLEURICO, CON CC	398
86	4	M	VERSAMENTO PLEURICO, SENZA CC	386
87	4	M	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	430
88	4	M	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	382
89	4	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 CON CC	382
90	4	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 SENZA CC	382
91	4	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' < 18	385
92	4	M	MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE, CON CC	382
93	4	M	MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE, SENZA CC	382
94	4	M	PNEUMOTORACE, CON CC	404
95	4	M	PNEUMOTORACE, SENZA CC	382
96	4	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 CON CC	382
97	4	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 SENZA CC	382
98	4	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' < 18	401
99	4	M	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, CON CC	382
100	4	M	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, SENZA CC	382
101	4	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, CON CC	441
102	4	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC	409
103	5	C	TRAPIANTO CARDIACO	833
104	5	C	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE CON CATETERISMO CARDIACO	833
105	5	C	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE SENZA CATETERISMO CARDIACO	833
106	5	C	BYPASS CORONARICO CON CATETERISMO CARDIACO	833
107	5	C	BYPASS CORONARICO SENZA CATETERISMO CARDIACO	833
108	5	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE	833
110	5	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, CON CC	833
111	5	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, SENZA CC	833

ALLEGATO 4 - FASCIA B

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO

(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera	
112	5	C	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA	9.840	*
113	5	C	AMPUTAZIONE PER DISTURBI CIRCOLATORI ECCETTO AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE	833	
114	5	C	AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE PER MALATTIE APPARATO CIRCOLATORIO	833	
115	5	C	IMPIANTO PACEMAKER CARDIACO PERMANENTE CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO, INSUFFICIENZA CARDIACA O SHOCK	16.799	*
116	5	C	ALTRI INTERVENTI PER IMPIANTO DI PACEMAKER CARDIACO PERMANENTE O DI DEFIBRILLATORE AUTOMATICO (AICD) O DI GENERATORE DI IMPULSI	11.022	*
117	5	C	REVISIONE DEL PACEMAKER CARDIACO, ECCETTO SOSTITUZIONE	7.736	*
118	5	C	SOSTITUZIONE DI PACEMAKER CARDIACO	10.250	*
119	5	C	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	3.014	*
120	5	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO CIRCOLATORIO	833	
121	5	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO E COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI DIMESSI VIVI	469	
122	5	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO SENZA COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI DIMESSI VIVI	465	
123	5	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO, MORTI	691	
124	5	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI COMPLICATA	5.750	*
125	5	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI NON COMPLICATA	2.758	*
126	5	M	ENDOCARDITE ACUTA E SUBACUTA	446	
127	5	M	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	446	
128	5	M	TROMBOFLEBITE DELLE VENE PROFONDE	446	
129	5	M	ARRESTO CARDIACO SENZA CAUSA APPARENTE	526	
130	5	M	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, CON CC	446	
131	5	M	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, SENZA CC	446	
132	5	M	ATEROSCLEROSI, CON CC	446	
133	5	M	ATEROSCLEROSI, SENZA CC	446	
134	5	M	IPERTENSIONE	446	
135	5	M	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' > 17 CON CC	446	
136	5	M	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' > 17 SENZA CC	446	
137	5	M	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' < 18	737	
138	5	M	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, CON CC	510	
139	5	M	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, SENZA CC	446	
140	5	M	ANGINA PECTORIS	446	
141	5	M	SINCOPE E COLLASSO, CON CC	446	
142	5	M	SINCOPE E COLLASSO, SENZA CC	446	
143	5	M	DOLORE TORACICO	607	
144	5	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO CON CC	456	
145	5	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO SENZA CC	446	
146	6	C	RESEZIONE RETTALE, CON CC	512	
147	6	C	RESEZIONE RETTALE, SENZA CC	512	
148	6	C	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, CON CC	512	

ALLEGATO 4 - FASCIA B

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO

(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera	
149	6	C	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	512	
150	6	C	LISI DI ADERENZE PERITONEALI, CON CC	512	
151	6	C	LISI DI ADERENZE PERITONEALI, SENZA CC	512	
152	6	C	INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, CON CC	512	
153	6	C	INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	512	
154	6	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' > 17 CON CC	512	
155	6	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' > 17 SENZA CC	512	
156	6	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' < 18	512	
157	6	C	INTERVENTI SU ANO E STOMA, CON CC	512	
158	6	C	INTERVENTI SU ANO E STOMA, SENZA CC	512	
159	6	C	INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 CON CC	7.779	*
160	6	C	INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 SENZA CC	3.796	*
161	6	C	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 CON CC	4.537	*
162	6	C	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 SENZA CC	2.939	*
163	6	C	INTERVENTI PER ERNIA, ETA' < 18	2.104	*
164	6	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA, CON CC	512	
165	6	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA, SENZA CC	512	
166	6	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA, CON CC	512	
167	6	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA, SENZA CC	512	
168	3	C	INTERVENTI SULLA BOCCA, CON CC	5.774	*
169	3	C	INTERVENTI SULLA BOCCA, SENZA CC	3.957	*
170	6	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	512	
171	6	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	512	
172	6	M	NEOPLASIE MALIGNE DELL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	430	
173	6	M	NEOPLASIE MALIGNE DELL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	426	
174	6	M	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, CON CC	421	
175	6	M	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, SENZA CC	395	
176	6	M	ULCERA PEPTICA COMPLICATA	429	
177	6	M	ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA, CON CC	395	
178	6	M	ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA, SENZA CC	395	
179	6	M	MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'INTESTINO	395	
180	6	M	OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, CON CC	409	
181	6	M	OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, SENZA CC	395	
182	6	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA'>17 CON CC	395	
183	6	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' >17 SENZA CC	395	
184	6	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18	424	
185	3	M	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE, ECCETTO ESTRAZIONE E RIPARAZIONE, ETA' >17	494	

ALLEGATO 4 - FASCIA B

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO

(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera	
186	3	M	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE, ECCETTO ESTRAZIONE E RIPARAZIONE, ETA' < 18	462	
187	3	M	ESTRAZIONI E RIPARAZIONI DENTALI	590	
188	6	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 CON CC	426	
189	6	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 SENZA CC	398	
190	6	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18	440	
191	7	C	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC	592	
192	7	C	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT SENZA CC	592	
193	7	C	INTERVENTI SULLE VIE BILIARI ECCETTO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC	592	
194	7	C	INTERVENTI SULLE VIE BILIARI, ECCETTO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	592	
195	7	C	COLECISTECTOMIA CON ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, CON CC	592	
196	7	C	COLECISTECTOMIA CON ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, SENZA CC	592	
197	7	C	COLECISTECTOMIA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, CON CC	592	
198	7	C	COLECISTECTOMIA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, SENZA CC	4.463	*
199	7	C	PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI PER NEOPLASIE MALIGNE	592	
200	7	C	PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI NON PER NEOPLASIE MALIGNE	592	
201	7	C	ALTRI INTERVENTI EPATOBILIARI O SUL PANCREAS	592	
202	7	M	CIRROSI E EPATITE ALCOOLICA	507	
203	7	M	NEOPLASIE MALIGNE DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	435	
204	7	M	MALATTIE DEL PANCREAS ECCETTO NEOPLASIE MALIGNE	419	
205	7	M	MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNE,CIRROSI,EPATITE ALCOLICA,CON CC	433	
206	7	M	MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNE,CIRROSI,EPATITE ALCOLICA, SENZA CC	430	
207	7	M	MALATTIE DELLE VIE BILIARI, CON CC	419	
208	7	M	MALATTIE DELLE VIE BILIARI, SENZA CC	419	
209	8	C	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI INFERIORI	565	
210	8	C	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' >17 CON CC	565	
211	8	C	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' >17 SENZA CC	565	
212	8	C	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' < 18	565	
213	8	C	AMPUTAZIONI PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	565	
214	8	C	INTERVENTI SU DORSO E COLLO, CON CC	565	
215	8	C	INTERVENTI SU DORSO E COLLO, SENZA CC	5.207	*
216	8	C	BIOPSIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	565	
217	8	C	SBRIGLIAMENTO FERITA E TRAPIANTO CUTANEO ECCETTO MANO, PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	565	
218	8	C	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERO ECCETTO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA'>17 CON CC	565	
219	8	C	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERO ECCETTO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA'>17 SENZA CC	4.394	*
220	8	C	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERO ECCETTO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA' < 18	4.051	*
221	8	C	INTERVENTI SUL GINOCCHIO CON CC	6.897	*
222	8	C	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC	4.370	*

ALLEGATO 4 - FASCIA B

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO

(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera
223	8	C	INTERVENTI MAGGIORI SU SPALLA E GOMITO O ALTRI INTERVENTI SU ARTO SUPERIORE CON CC	3.797 *
224	8	C	INTERVENTI SU SPALLA, GOMITO O AVAMBRACCIO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SU ARTICOLAZIONI SENZA CC	3.240 *
225	8	C	INTERVENTI SUL PIEDE	3.613 *
226	8	C	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI CON CC	565
227	8	C	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	565
228	8	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL POLLICE O SULLE ARTICOLAZIONI O ALTRI INTERVENTI MANO O POLSO CON CC	565
229	8	C	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	2.430 *
230	8	C	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE DI ANCA E FEMORE	3.665 *
231	8	C	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE ECCETTO ANCA E FEMORE	3.696 *
232	8	C	ARTROSCOPIA	3.137 *
233	8	C	ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO CON CC	565
234	8	C	ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	565
235	8	M	FRATTURE DEL FEMORE	455
236	8	M	FRATTURE DELL'ANCA E DELLA PELVI	466
237	8	M	DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI ANCA, PELVI E COSCIA	394
238	8	M	OSTEOMIELITE	433
239	8	M	FRATTURE PATOLOGICHE E NEOPLASIE MALIGNE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	461
240	8	M	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, CON CC	421
241	8	M	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, SENZA CC	383
242	8	M	ARTRITE SETTICA	479
243	8	M	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	384
244	8	M	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE, CON CC	456
245	8	M	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE, SENZA CC	381
246	8	M	ARTROPATIE NON SPECIFICHE	381
247	8	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI AL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E AL TESSUTO CONNETTIVO	399
248	8	M	TENDINITE, MIOSITE E BORSITE	388
249	8	M	ASSISTENZA RIABILITATIVA PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	476
250	8	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE, ETA' >17 CON CC	731
251	8	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE, ETA' >17 SENZA CC	531
252	8	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE, ETA' <18	581
253	8	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO, GAMBA, ECCETTO PIEDE, ETA' >17 CON CC	509
254	8	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO, GAMBA, ECCETTO PIEDE, ETA'>17 SENZA CC	381
255	8	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO, GAMBA, ECCETTO PIEDE, ETA' < 18	571
256	8	M	ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	443
257	9	C	MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNE, CON CC	517
258	9	C	MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNE, SENZA CC	517
259	9	C	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNE, CON CC	517

ALLEGATO 4 - FASCIA B

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO

(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera	
260	9	C	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNE, SENZA CC	3.781	*
261	9	C	INTERVENTI SULLA MAMMELLA NON PER NEOPLASIE MALIGNE ECCETTO BIOPSIA E ESCISSIONE LOCALE	3.998	*
262	9	C	BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNE	517	
263	9	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI PER ULCERE DELLA PELLE O CELLULITE CON CC	517	
264	9	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI PER ULCERE PELLE O CELLULITE SENZA CC	517	
265	9	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE CON CC	517	
266	9	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	517	
267	9	C	INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI	517	
268	9	C	CHIRURGIA PLASTICA DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA	517	
269	9	C	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA CON CC	517	
270	9	C	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	517	
271	9	M	ULCERE DELLA PELLE	372	
272	9	M	MALATTIE MAGGIORI DELLA PELLE CON CC	441	
273	9	M	MALATTIE MAGGIORI DELLA PELLE SENZA CC	372	
274	9	M	NEOPLASIE MALIGNE DELLA MAMMELLA CON CC	509	
275	9	M	NEOPLASIE MALIGNE DELLA MAMMELLA SENZA CC	424	
276	9	M	PATOLOGIE NON MALIGNE DELLA MAMMELLA	416	
277	9	M	CELLULITE ETA` > 17 CON CC	372	
278	9	M	CELLULITE ETA` > 17 SENZA CC	372	
279	9	M	CELLULITE ETA` < 18	430	
280	9	M	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA`>17 CON CC	524	
281	9	M	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SUBCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA`>17 SENZA CC	514	
282	9	M	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA`<18	800	
283	9	M	MALATTIE MINORI DELLA PELLE CON CC	391	
284	9	M	MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC	372	
285	10	C	AMPUTAZIONI DI ARTO INFERIORE PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI O METABOLICHE	552	
286	10	C	INTERVENTI SUL SURRENE E SULLA IPOFISI	552	
287	10	C	TRAPIANTI CUTANEI E SBRIGLIAMENTO DI FERITE PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE	552	
288	10	C	INTERVENTI PER OBESITA`	552	
289	10	C	INTERVENTI SULLE PARATIROIDI	552	
290	10	C	INTERVENTI SULLA TIROIDE	3.962	*
291	10	C	INTERVENTI SUL DOTTO TIREOGLOSSO	552	
292	10	C	ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE CON CC	552	
293	10	C	ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE SENZA CC	552	
294	10	M	DIABETE ETA` > 35	385	
295	10	M	DIABETE ETA` < 36	483	
296	10	M	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA` > 17 CON CC	394	

ALLEGATO 4 - FASCIA B

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO

(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera	
297	10	M	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' > 17 SENZA CC	385	
298	10	M	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' < 18	394	
299	10	M	DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO	541	
300	10	M	MALATTIE ENDOCRINE, CON CC	443	
301	10	M	MALATTIE ENDOCRINE, SENZA CC	443	
302	11	C	TRAPIANTO RENALE	483	
303	11	C	INTERVENTI SU RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA, PER NEOPLASIA	483	
304	11	C	INTERVENTI SU RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA, NON PER NEOPLASIA MALIGNA CON CC	483	
305	11	C	INTERVENTI SU RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA, NON PER NEOPLASIA, SENZA CC	7.710	*
306	11	C	PROSTATECTOMIA, CON CC	483	
307	11	C	PROSTATECTOMIA, SENZA CC	483	
308	11	C	INTERVENTI MINORI SULLA VESCICA, CON CC	483	
309	11	C	INTERVENTI MINORI SULLA VESCICA, SENZA CC	483	
310	11	C	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE, CON CC	483	
311	11	C	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE, SENZA CC	3.273	*
312	11	C	INTERVENTI SULL'URETRA, ETA' > 17 CON CC	483	
313	11	C	INTERVENTI SULL'URETRA, ETA' > 17 SENZA CC	3.356	*
314	11	C	INTERVENTI SULL'URETRA, ETA' < 18	483	
315	11	C	ALTRI INTERVENTI SUL RENE E SULLE VIE URINARIE	483	
316	11	M	INSUFFICIENZA RENALE	513	
317	11	M	RICOVERO PER DIALISI RENALE	472	
318	11	M	NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE CON CC	529	
319	11	M	NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE SENZA CC	397	
320	11	M	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' > 17 CON CC	392	
321	11	M	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' > 17 SENZA CC	381	
322	11	M	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' < 18	438	
323	11	M	CALCOLOSI URINARIA, CON CC E/O LITOTRIPSIA MEDIANTE ULTRASUONI	465	
324	11	M	CALCOLOSI URINARIA, SENZA CC	381	
325	11	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 CON CC	477	
326	11	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 SENZA CC	419	
327	11	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' < 18	448	
328	11	M	STENOSI URETRALE, ETA' > 17 CON CC	510	
329	11	M	STENOSI URETRALE, ETA' > 17 SENZA CC	383	
330	11	M	STENOSI URETRALE, ETA' < 18	493	
331	11	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 CON CC	419	
332	11	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 SENZA CC	407	
333	11	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' < 18	544	

ALLEGATO 4 - FASCIA B

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO

(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera	
334	12	C	INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE CON CC	606	
335	12	C	INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE SENZA CC	606	
336	12	C	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE, CON CC	606	
337	12	C	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE SENZA CC	606	
338	12	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO PER NEOPLASIA MALIGNA	606	
339	12	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNE, ETA' > 17	2.520	*
340	12	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNE, ETA' < 18	2.312	*
341	12	C	INTERVENTI SUL PENE	5.014	*
342	12	C	CIRCONCISIONE ETA' > 17	2.314	*
343	12	C	CIRCONCISIONE ETA' < 18	1.438	*
344	12	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE PER NEOPLASIE MALIGNE	606	
345	12	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPAR RIPRODUTTIVO MASCHILE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNE	606	
346	12	M	NEOPLASIE MALIGNE DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE, CON CC	462	
347	12	M	NEOPLASIE MALIGNE DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE, SENZA CC	421	
348	12	M	IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA, CON CC	416	
349	12	M	IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA, SENZA CC	416	
350	12	M	INFIAMMAZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	427	
352	12	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	748	
353	13	C	EVISCERAZIONE PELVICA, ISTERECTOMIA RADICALE E VULVECTOMIA RADICALE	682	
354	13	C	INTERVENTI SU UTERO E SU ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNE NON DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI CON CC	682	
355	13	C	IINTERVENTI SU UTERO E SU ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNE NON DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI SENZA CC	682	
356	13	C	INTERVENTI RICOSTRUTTIVI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	682	
357	13	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNE DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI	682	
358	13	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNE, CON CC	682	
359	13	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNE, SENZA CC	4.048	*
360	13	C	INTERVENTI SU VAGINA, CERVICE E VULVA	682	
361	13	C	LAPAROSCOPIA E OCCLUSIONE LAPAROTOMICA DELLE TUBE	2.640	*
362	13	C	OCCLUSIONE ENDOSCOPICA DELLE TUBE	1.661	*
363	13	C	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE E IMPIANTO MATERIALE RADIOATTIVO PER NEOPLASIE MALIGNE	3.815	*
364	13	C	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNE	2.334	*
365	13	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	682	
366	13	M	NEOPLASIE MALIGNE DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE, CON CC	494	
367	13	M	NEOPLASIE MALIGNE DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE, SENZA CC	448	
368	13	M	INFEZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	440	
369	13	M	DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	497	
370	14	C	PARTO CESAREO CON CC	876	
371	14	C	PARTO CESAREO SENZA CC	876	

ALLEGATO 4 - FASCIA B

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO

(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera
372	14	M	PARTO VAGINALE CON DIAGNOSI COMPLICANTI	504
373	14	M	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	503
374	14	C	PARTO VAGINALE CON STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	876
375	14	C	PARTO VAGINALE CON ALTRO INTERVENTO ECCETTO STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	876
376	14	M	DIAGNOSI RELATIVE A POSTPARTO E POSTABORTO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	503
377	14	C	DIAGNOSI RELATIVE A POSTPARTO E POSTABORTO CON INTERVENTO CHIRURGICO	876
378	14	M	GRAVIDANZA ECTOPICA	503
379	14	M	MINACCIA DI ABORTO	503
380	14	M	ABORTO SENZA DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	550
381	14	C	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	2.142 *
382	14	M	FALSO TRAVAGLIO	534
383	14	M	ALTRE DIAGNOSI PREPARTO CON COMPLICAZIONI MEDICHE	503
384	14	M	ALTRE DIAGNOSI PREPARTO SENZA COMPLICAZIONI MEDICHE	503
385	15		NEONATI MORTI O TRASFERITI AD ALTRE STRUTTURE DI ASSISTENZA PER ACUTI	482
386	15		NEONATI GRAVEMENTE IMMATURI O CON SINDROME DA DISTRESS RESPIRATORIO	438
387	15		PREMATURITA' CON AFFEZIONI MAGGIORI	414
388	15		PREMATURITA' SENZA AFFEZIONI MAGGIORI	330
389	15		NEONATI A TERMINE CON AFFEZIONI MAGGIORI	330
390	15		NEONATI CON ALTRE AFFEZIONI SIGNIFICATIVE	330
392	16	C	SPLENECTOMIA, ETA' > 17	765
393	16	C	SPLENECTOMIA, ETA' < 18	765
394	16	C	ALTRI INTERVENTI SUGLI ORGANI EMOPOIETICI	765
395	16	M	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' > 17	470
396	16	M	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' < 18	489
397	16	M	DISTURBI DELLA COAGULAZIONE	692
398	16	M	DISTURBI DEL SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO CON CC	581
399	16	M	DISTURBI DEL SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO SENZA CC	470
400	17	C	LINFOMA E LEUCEMIA CON INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI	518
401	17	C	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI CON CC	518
402	17	C	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC	518
403	17	M	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC	589
404	17	M	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC	487
405	17	M	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETA' < 18	1.105
406	17	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI CON CC	2.738
407	17	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI SENZA CC	1.961
408	17	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON ALTRI INTERVENTI	518
409	17	M	RADIOTERAPIA	576

ALLEGATO 4 - FASCIA B

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO

(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera
410	17	M	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNASI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	548
411	17	M	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA	487
412	17	M	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA CON ENDOSCOPIA	555
413	17	M	ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE, CON CC	487
414	17	M	ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE, SENZA CC	487
415	18	C	INTERVENTI CHIRURGICI PER MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	517
416	18	M	SETTICEMIA, ETA' > 17	517
417	18	M	SETTICEMIA, ETA' < 18	517
418	18	M	INFEZIONI POST-CHIRURGICHE E POST-TRAUMATICHE	517
419	18	M	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' > 17 CON CC	517
420	18	M	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' > 17 SENZA CC	517
421	18	M	MALATTIE DI ORIGINE VIRALE, ETA' > 17	517
422	18	M	MALATTIE DI ORIGINE VIRALE E FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' < 18	517
423	18	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	523
424	19	C	INTERVENTI CHIRURGICI DI QUALUNQUE TIPO IN PAZIENTI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DI MALATTIA MENTALE	428
425	19	M	REAZIONE ACUTA DI ADATTAMENTO E DISFUNZIONE PSICOSOCIALE	440
426	19	M	NEVROSI DEPRESSIVE	428
427	19	M	NEVROSI ECCETTO NEVROSI DEPRESSIVE	428
428	19	M	DISTURBI DELLA PERSONALITA' E DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI	428
429	19	M	DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE	428
430	19	M	PSICOSI	428
431	19	M	DISTURBI MENTALI DELL'INFANZIA	428
432	19	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A DISTURBI MENTALI	428
433	20		ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI; DIMESSO CONTRO IL PARERE DEI SANITARI	485
434	20		ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI, DISINTOSSICAZIONE O ALTRO TRATTAMENTO SINTOMATICO CON CC	334
435	20		ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI, DISINTOSSICAZIONE O ALTRO TRATTAMENTO SINTOMATICO SENZA CC	320
436	20		DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI CON TERAPIA RIABILITATIVA	300
437	20		DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI, TERAPIA RIABILITATIVA E DISINTOSSICANTE COMBINATE	300
439	21	C	TRAPIANTI DI PELLE PER TRAUMATISMO	622
440	21	C	SBRIGLIAMENTO DI FERITE PER TRAUMATISMO	622
441	21	C	INTERVENTI SULLA MANO PER TRAUMATISMO	622
442	21	C	ALTRI INTERVENTI CHIRURIGICI PER TRAUMATISMO, CON CC	622
443	21	C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO, SENZA CC	622
444	21	M	TRAUMATISMI, ETA' > 17, CON CC	451
445	21	M	TRAUMATISMI, ETA' > 17, SENZA CC	451
446	21	M	TRAUMATISMI, ETA' < 18	526
447	21	M	REAZIONI ALLERGICHE, ETA' > 17	480

ALLEGATO 4 - FASCIA B

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO

(importi in migliaia di lire)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Tariffa giornaliera
448	21	M	REAZIONI ALLERGICHE, ETA' < 18	451
449	21	M	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA' > 17 CON CC	483
450	21	M	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA' > 17 SENZA CC	466
451	21	M	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA' < 18	556
452	21	M	COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTI, CON CC	507
453	21	M	COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTI, SENZA CC	451
454	21	M	ALTRE DIAGNOSI DI TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI, CON CC	558
455	21	M	ALTRE DIAGNOSI DI TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI, SENZA CC	517
456	22	M	USTIONI, PAZIENTE TRASFERITO AD ALTRA STRUTTURA DI ASSISTENZA PER ACUTI	704
457	22	M	USTIONI ESTESE SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	498
460	22	M	USTIONI NON ESTESE SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	424
461	23	C	INTERVENTO CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON I SERVIZI SANITARI	354
462	23	M	RIABILITAZIONE	377
463	23	M	SEGNI E SINTOMI CON CC	429
464	23	M	SEGNI E SINTOMI SENZA CC	354
465	23	M	ASSISTENZA RIABILITATIVA CON ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA COME DIAGNOSI SECONDARIA	354
466	23	M	ASSISTENZA RIABILITATIVA SENZA ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA COME DIAGNOSI SECONDARIA	476
467	23	M	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	436
469			DIAGNOSI PRINCIPALE NON VALIDA COME DIAGNOSI DI DIMISSIONE	108
470			NON ATTRIBUIBILE AD ALTRO DRG	108
471	8	C	INTERVENTI MAGGIORI BILATERALI O MULTIPLI SULLE ARTICOLAZIONI DEGLI ARTI INFERIORI	565
473	17	M	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETA' > 17	1.270
475	4	M	DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA	750
478	5	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, CON CC	833
479	5	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, SENZA CC	833
484	24	C	CRANIOTOMIA PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	682
485	24	C	REIMPIANTO DI ARTI, INTERVENTI SU ANCA E FEMORE PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	682
486	24	C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	682
487	24	M	ALTRI TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	726
488	25	C	H.I.V. ASSOCIATO AD INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO	578
489	25	M	H.I.V. ASSOCIATO AD ALTRE PATOLOGIE MAGGIORI CORRELATE	578
490	25	M	H.I.V. ASSOCIATO O NON AD ALTRE PATOLOGIE CORRELATE	578
491	8	C	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI SUPERIORI	565
492	17	M	CHEMIOTERAPIA ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	904

* (compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

VISTO: IL VICEPRESIDENTE: CIANI

VISTO: IL SEGRETARIO: BELLAROSA

ALLEGATO 5

Le tariffe relative ai DRG di seguito riportati sono determinate nella misura del 100 % dell'importo stabilito per i ricoveri ordinari e sono applicate ai ricoveri ordinari eseguiti con degenza non superiore alle 48 ore e ai ricoveri in day hospital.
E' quindi facoltà del medico accettante decidere se il paziente può essere ammesso in regime di day-hospital, nel qual caso non è previsto il pernottamento, oppure in regime di ricovero ordinario "breve" (ricovero ordinario "di un giorno", cioè inferiore alle 48 ore).

Nella fattispecie, indipendentemente dalle condizioni cliniche presentate dal paziente, la tariffa relativa ai DRG sottoriportati è la stessa sia per il ricovero ordinario con degenza superiore alle 48 ore, sia per il ricovero ordinario di un giorno (allegato 1 di fascia A e allegato 3 di fascia B) sia per il ricovero in day hospital indipendentemente dal numero degli accessi (allegato 2 di fascia A e allegato 4 di fascia B).

L'applicazione della tariffa determinata nella misura del 100 % per i DRG 53, 54, 55, 61, 62, 168 e 169 è subordinata all'aderenza alle linee guida prodotte dalla Società Italiana di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Facciale (supplemento 60 di Acta Otorhinolaryngologica Italica, 1998, vol. 18, no 5), come concordato con i Responsabili delle Unità Operative Otorinolaringoiatriche ospedaliere del Friuli-Venezia Giulia.

DRG CON TARIFFA AL 100 % DEL RICOVERO ORDINARIO:

6	Decompressione del tunnel carpale
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
53	Interventi su seni e mastoide, età >17
54	Interventi su seni e mastoide, età < 18
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
57	Interventi su tonsille o adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età >17
58	Interventi su tonsille o adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18
59	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17
60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18
61	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17
62	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18
112	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea
115	Impianto di pacemaker cardiaco permanente con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock
116	Altri interventi per impianto di pace-maker cardiaco permanente o di defibrillatore automatico o di generatore di impulsi
117	Revisione di pace-maker cardiaco, eccetto sostituzione
118	Sostituzione di pace-maker cardiaco
119	Legatura e stripping di vene
124	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata
125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata

159 Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 con C.C.
160 Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 senza C.C.
161 Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 con C.C.
162 Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 senza C.C.
163 Interventi per ernia, età < 18
168 Interventi sulla bocca con CC
169 Interventi sulla bocca senza CC
198 Colecistectomia senza esplorazione del dotto biliare comune, senza C.C.
215 Interventi su dorso e collo, senza C.C.
219 Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età >17, senza C.C.
220 Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età <18
221 Interventi sul ginocchio, cón C.C.
222 Interventi sul ginocchio senza C.C.
223 Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore, con C.C.
224 Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto inter. maggiori su articolazioni, senza C.C.
225 Interventi sul piede
229 Interventi su mano e polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza C.C.
230 Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore
231 Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare eccetto anca e femore
232 Artroscopia
260 Mastectomia subtotale per neoplasie maligne, senza C.C.
261 Interventi sulla mammella non per neoplasia, eccetto biopsia e escissione locale
290 Interventi sulla tiroide
305 Interventi su rene e uretere e interventi maggiori su vescica, non per neoplasia, senza C.C.
311 Interventi per via transuretrale, senza C.C.
313 Interventi sull'uretra, età >17, senza C.C.
339 Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17
340 Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18
341 Interventi sul pene
342 Circoncisione, età > 17
343 Circoncisione, età < 18
359 Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza C.C.
361 Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube
362 Occlusione endoscopica delle tube
363 Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto di materiale radioattivo per neoplasie maligne
364 Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne
381 Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia

VISTO: IL VICEPRESIDENTE: CIANI
VISTO: IL SEGRETARIO: BELLAROSA

ALLEGATO 6

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE OSPEDALIERA IN REGIME DI DEGENZA (tariffa giornaliera)

DRG 1-35	MDC 1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	416.000
DRG 103-108 110-145 478 479	MDC 5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	397.000
DRG 209-256 471 491	MDC 8	Malattie e disturbi dell'apparato muscoscheletrico e del tessuto connettivo	374.000
DRG 75-102 475	MDC 4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	365.000
DRG afferenti ad altre categorie diagnostiche principali			365.000

TARIFFE APPLICATE ALLE SEGUENTI STRUTTURE:
Ospedale "Gervasutta" di Udine
Ospedale "S. Santorio" di Trieste
Casa di Cura privata "Pineta del Carso" di Duino-Aurisina
A.S.S. 6 - Ospedale di S. Vito al Tagliamento - U.O. di Riabilitazione e rieducazione funzionale
A.S.S. 6 - Ospedale di Maniago - U.O. di Riabilitazione e rieducazione funzionale
Azienda Ospedaliera "S. Maria della Misericordia" - Udine - U.O. di Riabilitazione e rieducazione funzionale
A.S.S. 2 - Ospedale di Monfalcone - U.O. di Riabilitazione e rieducazione funzionale
A.S.S. 2 - Ospedale di Gorizia - U.O. di Riabilitazione e rieducazione funzionale
A.S.S. 3 - Ospedale di Tolmezzo - U.O. di Riabilitazione e rieducazione funzionale
Reparti di nuova istituzione (nel corso del 2000) presso gli ospedali di rete, secondo quanto previsto dal PIMT e dai Piani Aziendali che comunicheranno formalmente l'avvenuta attivazione all'Agenzia Regionale della Sanità

ISTRUZIONI PER LE STRUTTURE PUBBLICHE:
La valorizzazione dei ricoveri avvenuti negli ospedali per acuti di pazienti che sono stati sottoposti durante il ricovero anche ad un trattamento riabilitativo nei reparti di riabilitazione avviene attribuendo la tariffa DRG della parte di ricovero ordinario e la tariffa di riabilitazione (per giornata di degenza - base alla MDC) secondo l'allegato 6, per le giornate di trattamento riabilitativo.
Per permettere il corretto calcolo dei due importi si dovrà procedere alla dimissione del paziente, una volta terminata la fase "acuta" del ricovero e ad una ammissione (nuovo ricovero) al momento dell'ingresso nel reparto di riabilitazione.
Si sottolinea inoltre che la prima diagnosi della SDO relativa al secondo ricovero sarà la patologia che ha reso necessario il trattamento riabilitativo (al contrario in caso di accoglimento del paziente dall'esterno, la prima diagnosi sarà il trattamento riabilitativo - cod. V57.1)

VISTO: IL VICEPRESIDENTE: CIANI

VISTO: IL SEGRETARIO: BELLAROSA

ALLEGATO 7

CRITERI DI FINANZIAMENTO E DI RILEVAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE CORRELATE ALL'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI RICOVERO

1. Attività di osservazione seguita da prelievo d'organo da cadavere per trapianto.

A partire dal 1.1.2000 la Regione riconosce un finanziamento aggiuntivo per l'attività di osservazione seguita da prelievo d'organo che abbia per oggetto esclusivamente prelievi di organi quali cuore, polmoni, reni, fegato, pancreas da donatore cadavere, escludendo i prelievi da donatore vivente (es. midollo osseo).

Il riconoscimento economico dell'attività di osservazione e prelievo avviene sulla base della tariffa di L. 4.884.000 ad organo espiantato.

In sede di chiusura del bilancio d'esercizio l'Agenzia Regionale della Sanità provvede a validare le informazioni pervenute dalle Aziende regionali relative ai casi di osservazione seguita da prelievo verificatisi nell'anno.

La Regione finanzia l'attività effettuata al netto delle fatture emesse per attività di osservazione e prelievo e/o trasporto nei confronti di Aziende sanitarie di altre regioni sede del trapianto.

La Regione inoltre rimborsa alle aziende regionali le fatture liquidate a favore di aziende sanitarie extraregionali relative alle attività in questione.

Per quanto riguarda la regolamentazione dei flussi informativi e le modalità di recupero economico tramite fatturazione diretta dell'attività di osservazione/prelievo e/o trasporto, oggetto di scambio tra aziende appartenenti a regioni diverse, si rimanda alle regole stabilite in sede di compensazione della mobilità sanitaria interregionale.

A chiusura dell'esercizio, entro il mese di febbraio (a partire dal 2001) le aziende sanitarie produrranno all'Agenzia Regionale della Sanità il riepilogo del:

a) numero di organi prelevati da cadavere per successivo trapianto eseguiti nell'anno precedente;
b) importo delle fatture emesse nei confronti di aziende extraregionali per l'attività di osservazione, prelievo e/o trasporto di competenza dell'anno precedente;
c) importo delle fatture liquidate a favore di aziende extraregionali per l'attività di osservazione, prelievo e/o trasporto di competenza dell'anno precedente.

2. Trattamento con litotritore

Il DRG 323 "calcolosi urinaria, con cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni" nel caso di day hospital ed utilizzo del litotritore non remunera attualmente i costi dell'apparecchiatura.

A partire dal 1 gennaio 2000 la Regione riconosce un finanziamento aggiuntivo di L. 1.000.000 rispetto alla tariffa DRG nel caso di impiego del litotritore nelle procedure utilizzate durante il day hospital.

Per il riconoscimento economico, le Aziende dovranno segnalare l'utilizzo del litotritore inserendo nella SDO i codici di procedura ICD9-CM 98.51 "Litotripsia extracorporea del rene, uretere e/o vescica" e 98.52 "Litotripsia extracorporea della colecisti e/o dotto biliare".

3. Assistenza alberghiera per il genitore che assiste il bambino ricoverato

Valutata la necessità di rimborsare i costi di albergaggio sostenuti dalle Aziende per il genitore che assiste il bambino ricoverato, a partire dal 1.1.2000 la Regione riconosce un finanziamento aggiuntivo di L. 15.000 per singolo episodio di ricovero pediatrico fino agli 8 anni (età del paziente ricoverato inferiore al compimento dei 9 anni).
Il riconoscimento forfettario prescinde dalla effettiva presenza del genitore e dal numero di giornate di degenza.

4. Impianto di protesi mammaria

A partire dal 1.1.2000 la Regione riconosce un finanziamento aggiuntivo a copertura dei costi sostenuti dalle Aziende per l'impianto di protesi mammaria conseguente ad intervento di mastectomia per neoplasia.

Il finanziamento aggiuntivo è pari a L. 1.500.000 per impianto di protesi monolaterale e di L. 3.000.000 per impianto di protesi bilaterale.

Per il riconoscimento economico le Aziende dovranno segnalare l'impianto di protesi mammaria inserendo nella SDO i codici di procedura ICD9-CM 85.53 "Impianto di protesi monolaterale" e 85.54 "Impianto di protesi bilaterale – Impianto mammario NAS".

Le Aziende sono inoltre tenute a verificare e certificare, attraverso l'inserimento nella SDO del codice di diagnosi V 10.3 "Anamnesi personale di tumore maligno - Mammella", che l'impianto di protesi mammaria è conseguente ad un intervento di mastectomia per neoplasia, eseguito sia da strutture regionali che extraregionali.

Il finanziamento aggiuntivo previsto per le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 3, 4. prescinde dall'applicazione del meccanismo dei tetti definiti per l'attività ospedaliera.

VISTO: IL VICEPRESIDENTE: CIANI

VISTO: IL SEGRETARIO: BELLAROSA